Eina kartą per mėnesį | 1937 m. | XVIII METAI

Nr. 9 | Rugsėjo mėn. | Nr. 9

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TAIP PAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

Redakcinė Komisija:

Prof. med. dr. *P. Avižonis* (akių ligos), prof. dr. *J. Bagdonas*, prof. dr. *Pr. Gudavičius* ir prof. med. dr. *K. Buinevičius* (vid. ligos), prof. dr. *J. Blažys* (nervų ir psychinės ligos), prof. med. dr. *Al. Hagentornas*, doc. dr. *Vl. Kuzma* ir priv.-doc. dr. *V. Kanauka* (chir.), dr. *K. Grinius* (savivaldybių ir socialinė medicina), prof. med. dr. *A. Jurgeliūnas* ir dr. *M. Nasvytis* (bakteriologija ir higiena), dr. *P. Kalvaitytė* (rentgenologija), prof. med. dr. *J. Karuža* ir doc. dr. *Br. Sidaravičius* (odos ir veneros ligos), prof. *E. Landau* (histologija ir embriologija), prof. med. dr. *Vl. Lašas* (fiziologija ir fiziologinė chemija), prof. med. dr. *Pr. Mažylis* (akušerija ir ginekologija), prof. med. dr. *K. Oželis* (teismo medicina), doc. dr. *P. Stančius* (odontologija), dr. *J. Staugaitis* (profesiniai gydytojų reikalai), prof. med. dr. *V. Tumėnienė* (vaikų ligos), prof. med. dr. *E. Vinteleris* (patologija ir patologinė anatomija), doc. dr. *J. Zubkus* (ausų, nosies ir gerklės ligos).

Redakcinė Kolegija:

Prof. med. dr. *P. Avižonis* (nuo V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto), dr. *M. Nasvytis* (nuo Kauno Medicinos Draugijos) ir dr. *J. Staugaitis* („Medicinos" Redaktorius).

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius D-ras J. Staugaitis.

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 2-15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 30 litų, pusei m. 15 litų.

Šio numerio kaina 3 lit.

TURINYS

E. Schiff, prof.: Toksikozė . . 697
H. Nossen: Apie apendicitą, turint galvoje ypatingąsias krašto sąlygas 706
J. Mockevičius: Eritrocitų nusėdimo reakcija kaip diagnostinė priemonė ir nusėdimo greitumo tyrimas pagal Kanitz'ą 720
A. Zarcynas: Mydriasis epileptica 734

A. Gulbinas: Išorinių genitalijų pirminė difterija 731
St. Mačiulis: Hernia inguinalis obligua sinistra permagna atsitikimas 739
St. Mačiulis: Žinios apie Panevėžio apskr. savivaldybės ligoninės 1936 metų veiklą . 740
Referatai (Vidaus ligos, chirurgija, urologija, akušerija ir ginekologija, akių ligos, nervų ir psichin. ligos, stomatologija ir dentiatrija) 745
Klinikos ir praktikos patyrimai. 751

L. Koganas: Kova su tuberkulioze Rusijos Tarybų Sąjungoje 757
J. Staugaitis: Keletas kritiškų pastabų del farmacijos įstatymų projektų 764
Medicininškųjų organizacijų veikla:
I. Klaipėdos Medicinos Draugijos 1937. V. 19 d. posėdis 768
II. Klaipėdos Medicinos Dr-jos 1937.VI.9 d. posėdis 771
Bibliografija 773
Kronika 774

SOMMAIRE

E. Schiff, prof.: Toxicose.
H. Nossen: Sur l'appendicite prenant en considération les conditions particulières du pays.
J. Mockevičius: La réaction de sédimentation érythrocytaire comme moyen de diagnostic, et l'etude de la vitesse de sédimentation d'après la méthode de Kanitz.
A. Gulbinas: La diphtérie des parties génitales extérieures.
An. Zarcynas: La mydriase dans l'epilepsie.
St. Mačiulis: Un cas d'une très grosse hernie inguinale gauche.

St. Mačiulis: Les données de l'activité de l'hôpital municipal de Panevėžys en 1936.
Revue analytique (pathologie internet chirurgie, urologie, accouchemen, et gynécologie, maladies des yeux, maladies nerveuses et mentales, stomatologie et dentiatrie).
Notes thérapeutiques, cliniques et pratiques.
L. Koganas: La lutte contre la tuberculose pulmonaire en Russie Sovietique.
J. Staugaitis: Quelques remargues critiques sur les projets de lois concernant la pharmacie.
De l'activité des organisations médicales.

Bibliographie.
Chronique.

Nuo Medicinos Redakcijos-Administracijos.

Šiuo pranešama, kad visiems „Medicinos ėmėjams, kurie ikišiol dar nėra sumokėję šių metų prenumeratos, į „Medicinos" 1937 m. 9-tą numerį yra įdėti spausdinti lapeliai — paraginimai neatidėliojant sumokėti „Medicinos" 1937 m. prenumeratą, taip pat pasistengti kiek galima greičiau likviduoti ir ankstybesnių metų užsilikusias skolas už „Mediciną".

Apie tai plačiau parašyta „Medicinos" 1937 m. 9 numerio viršelio 3-me puslapyje.

Medicinos Red.-Admin-ja.

MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XVIII met.	1937 m. rugsėjo mėn.	Nr. 9

Prof. med. d-ras E. Schiff.

Toksikozė*).

Gerbiamosios ir Gerbiamieji! Šiandien aš kalbėsiu apie toksikozės problemą. Sakydamas tai esant problema, aš tuo būdu noriu pabrėžti, kad toksikozės klausimas dar nėra galutinai išaiškintas. Tačiau konstatuojama pažanga, ir aš Tamstoms parodysiu, kaip mūsų moksliški tyrimai šitą klausimą nukreipė kiton linkmėn. Toliau norėčiau Tamstoms parodyti, kaip tat, kas anksčiau buvo laikoma jau galutinai išspręsta, dabar mūsų pažiūrų visai neatitinka, ir pagaliau aš parodysiu, kad dėl naujų pažiūrų ir mūsų terapiniai būdai principinai pasikeitė.

Manau, kad geriausiai galėsiu visa nauja šitoje srityje paaiškinti, jei iš pradžių keliais žodžiais apibūdinsiu ligšiolines pažiūras apie toksikozę.

Iki šios dienos krūtimi maitinamų kūdikių viduriavimai aiškinami tuo būdu, kad tam tikros organinės rūgštys dirgina žarnas. Šita nuomonė buvo pagrįsta bandymais su gyvuliais, kurie parodė, kad acto rūgštis smarkiai dirgina žarnas. Kai viduriuojančio kūdikio laibosiose žarnose, kurios sveikųjų praktiškai esti sterilios, surado bac. coli ir kai buvo įrodyta, kad šitie bacilai iš angliavandenių gali pagaminti acto rūgštį, tai buvo manyta, jog viduriavimo atsiradimo klausimas jau yra galutinai išspręstas. Aiškinta taip, kai kūdikis, pakenktas maisto, karščio ar infekcijos, viduriuoja, tai visų pirma sutrinkanti rezorbcija laibosiose žarnose, del to bac. coli iš vėdarinių žarnų priviliojami į laibąsias, o kadangi kūdikio maiste visuomet yra ir cukraus, tai jis laibosiose žarnose rūgstąs, sudarydamas acto rūgštį. Acto rūgštis dirginanti laibąsias žarnas ir del to atsirandą viduriavimai. Tat yra mokslas apie rūgimo viduriavimus. Bet kūdikis viduriuodamas netenka vandens ir šarmų. Juo viduriavimas stipresnis, tuo daugiau kūdikis netenka vandens

*) Paskaita, skaityta Kauno medicinišķųjų organizacijų susirinkime 1937 m. Vertė d-ras O. Pūdymaitis.

ir šarmų. Tuo būdu ligšiolinis mokslas aiškina staigų, susirgusių toksikoze, vaikų kūno vandens netekimą, t. y. eksikozę, taip pat ir acidozę.

Šitas aiškinimas iš tikrųjų atrodo gana priimtinas, ir terapinės išvados, kurios pagal šitą mokslą taikomos, visiems yra žinomos. Svarbiausias reikalavimas buvo sustabdyti žarnose rūgimą ir ten skatinti puvimą. Norint išvengti rūgimo, reikia, žinoma, iš maisto išskirti angliavandeniai. Tamstoms žinoma, kad dijetetikoje angliavandeniai dalinami į lengvai ir sunkiai rūgstančius. Įvairūs angliavandeniai mėgintuvėlyje buvo veikiami išmatų floros ir rasta, kad paprastas cukrus greičiausiai surūgsta, o kompleksiniai angliavandeniai, pvzd., dekstrinai, bakterijoms tik labai sunkiai yra prieinami. Kad šiuos in vitro tyrimų duomenis anais laikais tuojau pritaikė ir sergančiam kūdikiui gydyti, nėra nieko nuostabu. Tuo būdu atsirado ir vadinamasis „Nährzucker“ — maitinamasis cukrus. Bet reikia stebėtis, kad jis vis dar lig šiol tebevartojamas ir kad vis naujų jo modifikacijų atsiranda. Nuostabu, mano nuomone, tatai yra todėl, kad šitie bandymai in vitro vaikui neturi jokios reikšmės. Apie tat aš dar kalbėsiu.

Toliau kūdikiui duodavo rūgštų maistą, neturintį arba turintį mažą kiekį riebalų, nes buvo manyta, kad esant išrūgų rūgštingumui bac. coli negalįs gyvuoti, tuo būdu rūgštus maistas lyg ir sterilizuojąs laibąsias žarnas. Mūsų tyrimai parodė, kad ir šitas spėliojimas yra visai klaidingas. Pagaliau pagal E s c h e r i c h'ą norėta žarnose atsiradęs rūgimas nugalėti skatinant jose puvimą. Prie išrūgų pridėjo baltymų (kazeino), ir tuo būdu atsirado baltyminis pienas ir jo surogatai.

Gerbiamieji! Visus šituos klausimus tiksliai studijuoti mes galėjome tik nuo to laiko, kai mums eksperimentais pasisekė gauti eksikozė (exsiccosis). Šitos studijos įgalino tuojau iškelti 2 svarbias biologines taisykles, būtent:

1) Eksikozė eksperimentiškai sukeliama tik tada, kai atitinkamam baltymų kiekiui maiste organizmas neganėtinai gauna vandens. Nors vandens ir visai maža teduosime, eksikozės vis vien negausime, jei organizmas gaus maistą, visai neturintį baltymų. Todėl vandens kiekiui kūne didžiausios reikšmės turi, be NaCl, dar ir baltymų kiekis maiste.

2) Eksperimentinės eksikozės metu būna staigus svorio kritimas, kraujas tirštėja, atsiranda aliment. karštis ir coma; taip pat ir medžiagos apykaitoje mes matome tuos pačius pakitimus, kurie būna vaikų toksikozės metu. Iš to išvedama antroji taisyklė: intermediarinės baltymų apykaitos normaliai eigai būtinai reikalingas tam tikras vandens kiekis. Norėčiau pridurti, kad esant eksperimentinei eksikozei visuomet stinga dviejų simptomų, būtent: viduriavimo ir nerandama laibosiose žarnose coli bacilų.

Jau šitie stebėjimai įgalina padaryti keletą svarbių išvadų, k. a.:

1) Toksikozės atsiradimas pareina nuo veikimo intermediarinio baltymų skilimo produkto.

2) Coli bacilai laibosiose žarnose toksikozei atsirasti jokios reikšmės neturi.

3) Staigaus vandens nustojimo toksikozės metu svarbiausia priežastis nėra viduriavimas.

Paskutinė išvada Tamstoms atrodys kiek keista, nors jau ir klinikos stebėjimai tai tvirtina. Juk yra žinomų tipiškų toksikozių be jokių viduriavimų. Toliau dar norėčiau trumpai pažymėti tai, kad net sunkiausių kūdikių viduriavimų metu anhydremija niekuomet nepastebima tol, kol nėra toksikozės simptomų. Pagaliau paminėsiu, kad mano būdu gydant toksikozės vandens pribuvimas ir toksinių reiškinių išnykimas pasirodo tada, kai viduriavimai dar nėra pranykę. Todėl viduriavimas ir staigus vandens nustojimas neturi tarp savęs priežastinio sąsyjo. Vandens nustojama toksikozei esant svarbiausiai ne pro žarnas, bet del didžiausiai sustiprėjusios perspiracijos.

Prieš pradėdamas nagrinėti medžiagos apykaitos klausimus, aš dar norėčiau trumpai padiskutuoti du patogenezinius momentus.

Jau nuo seniau intoksikacijos atsiradime didelė reikšmė buvo skiriama padidėjusiam žarnų sienelių praleidžiamumui. Aš pats tuo niekada netikėjau, todėl, kad naujagimio žarnos jau fiziologiškai lengviau praleidžia negu suaugusiojo, o jokio toksikozės pavojaus tada nepastebima. Mano tyrimai, atlikti moderniškomis metodėmis, parodė, kad eksperimentinės eksikozės metu padidėjusio žarnų praleidžiamumo nėra. Taip pat ir Hag'o bandymų buvo neigiami duomenys. Iš to išeina, kad eksikozė nebūtinai padidina žarnų praleidžiamumą, ir, jei mes vis delto matome toksikozės simptomus pasireiškiant, tai tatai tik parodo, kad padidėjusiam žarnų praleidžiamumui toksikozės patogenezėje nereikia skirti jokios reikšmės.

Mellanby pareiškė hypotezę, kad toksikozė esanti aminais nusinuodijimo vaisius. Iš tikrųjų, ir mes galėjome įrodyti, kad coli bacilai iš pieno proteino, ypač iš trypsinių skaldymo produktų, sudaro aminus. Šitie tyrimai, apie kuriuos čia plačiau nekalbėsiu, mums dar parodė, kad baltymų ir angliavandenių bakterijoms veikiant skilimas nėra tokie procesai, kurie vienas kitą panaikintų. Puvimas ir rūgimas vyksta visuomet kartu; vieno kurio proceso vyravimas pareina nuo maisto medžiagos chemiškos sudėties ir rūgštingumo. Įsidėmėtinas ir mūsų šis konstatavimas, kad bac. coli gali sudaryti ir iš peptiškų skaldymo produktų ir iš angliavandenių lakias riebalines rūgštis. Ir kadangi dirbtinai maitinamo kūdi-

kio vėdarinėse žarnose visuomet yra bac. coli, o kūdikiui su maistu praktiškai visuomet teikiama ir pieno proteinų, tai išeina, kad aminų susidarymas žarnose ir normaliai vyksta, ir kad šitie aminai, žinoma, irgi įsisiurbia. Rominger ir Meyer tatai tiksliai įrodė ir tuo būdu patvirtino mano nuomonę. Tuo būdu aš iš mūsų stebėjimų padariau šią išvadą: jei sveikų žmonių, nepaisant, kad jų žarnose susidaro aminai, jokio nusinuodijimo aminais nepastebima, tai tat tik tuo būdu galima paaiškinti, kad sveikas organizmas turi savyje tam tikrus įtaisus, kurie apsaugoja jį nuo nusinuodijimų iš skrandžio žarnų latako nuodingais medžiagos apykaitos produktais. Tuo būdu mes, priešingai nusistovėjusiai nuomonei, iškėlėme dėsnį, kad toksikozės atsiradimo svarbiausia priežastis yra ne žarnų latake vykstantieji procesai, bet parenteraliai esanti medžiagos apykaitos konsteliacija. Žarnose vykstantieji procesai tėra tik pradžia pakeliui į toksikozę, bet su ja turi labai maža bendro.

Dabar aš noriu trumpai pakalbėti apie medžiagos apykaitos duomenis esant toksikozei ir eksikozei. Esant toksikozei, kaip žinome, dažnai randamos nutukusios kepenys. Tą pat randame pas gyvulius, darydami eksperimentinę eksikozę. Tirdami tokias kepenis randame, kad glykogeno kiekis jose yra žymiai sumažėjęs, kai kuriais atsitikimais net chemišku būdu visai negalima glykogeno rasti. Toliau yra žinoma, kad cukraus kiekis kraujuje toksikozės metu yra normalus arba padidėjęs. Tą pat mes galėjome konstatuoti ir eksper. eksikozę darydami. Tat yra įsidėmėtina, nes, kaip kad Tamstos esate girdėję, kepenyse toksikozės metu glykogeno kiekis yra sumažėjęs. Buvo atsitikimų, kur darydami bandymus su gyvuliais kaikada net hyperglykemiją radome, o kepenyse apskritai daugiau glykogeno negalima buvo susekti. Kaip mūsų tyrimai aiškiai yra parodę, tatai siejasi su vandens nepriteklium kūne. Kai yra H_2O stoka, bado hypoglykemijos nebūna ir anorganiško P (fosforo) kraujuje padaugėja. Tat reiškia, kad eksikozės atveju glykogeno skilimas yra padidėjęs ir glykogeno resyntezė yra sulėtėjusi. Taip pat mes radome eksikozės metu ekzogeninės reguliacijos cukraus kraujuje sulėtėjimą, vadinasi, yra sutrikęs ir cukraus išskyrimas iš kraujo į audinius.

Iš Czerny laikų yra žinoma ir nustatyta, kad toksikozės metu yra ir acidozė. Reikėtų išsiaiškinti, kuriuo būdu toksikozės metu atsiranda acidozė ir kurie yra jos tolimesnio pasireiškimo požymiai.

Acidozės atsiradimą aiškinant, visų pirma buvo galvota apie šarmų nustojimą ir toliau apie padidėjusį žarnų bakterijų sukeltą enteralinį rūgšties susidarymą. Tačiau abi nuomones griauna svarbūs duomenys. Trumpai tik paminėsiu, kad šar-

mų nustojimas dar nereiškia acidozės, gal daugiausia tik suvaržytą reguliaciją. Toliau, jei rūgšties ir padaugėtų, kas dar visai neįrodyta, tai reikia pasakyti, kad kartais rūgštingumas staiga gali pasiekti tokį laipsnį, jog organizmas paliktų bejėgis prieš tai kovoti. Jau gausingas žarnų turinio puferavimas yra tam, kad sugaudytų rūgščias valencas. Dėl to sąsyjo reikia nurodyti į klinišką patyrimą, kad toksikozė ir acidozė stebimos ir neviduriuojantiems.

Kliniški stebėjimai rodo, kad toksikozė atsiranda ne pamažu, bet pasireiškia kūdikiui staiga. Tas pat reikia pasakyti, žinoma, ir apie acidozę. Todėl tokio staigaus reguliacijos suirimo priežastimi turi būti sunkus, staigus sutrikimas, ir šito staigaus acidozės atsiradimo kaltininkas turi būti staigus oksidacijos suirimas, nes kiekvieno oksidacijos suirimo vaisius visuomet bus acidozės atsiradimas. Tat tvirtina jau ir senesni P f a u n d l e r'io bandymai. Mano paties tyrimai parode, kad eksikozės metu glutato jonų kiekis kepenyse yra sumažėjęs; be to, mes esame radę, kad dysoksiduojamas C kiekis, kaip ir vad. vakatinio deguonies šlapimuose kiekis padidėja, t. y. ženklas, kad eksikozės metu šlapimai išskiria negalutinai oksiduotų medžiagos apykaitos produktų padidėjusį kiekį. Šitie tyrimai tuo būdu parodo, kad toksikozės metu ir oksidaciniai procesai ir autooksidacija yra sutrikę, ir del to galima padaryti išvada, kad acidozė toksikozės metu yra didelio oksidacijos sutrikimo vaisius ir yra audinių acidozė dėl hypoksemijos.

Lieka tik išsiaiškinti, kaip šita oksidacija sutrinka.

Tamstos esate girdėję, kad viduriavimas pats dar nesukelia nei anhydremijos nei eksikozės. Ir jei prie viduriavimo prisideda toksikozė, tai reikia išsiaiškinti, kas tą toksikozę kūdikiui yra sukėlęs. Visų pirma čia reikia galvoti apie kurio nors medžiagos apykaitos produkto veikimą; mūsų tyrimai tvirtino tai, kad šitos medžiagos, kuri galėjo būti priežastimi, reikia ieškoti baltymų derivatų grupėje. Šitoks galvojimas ir kliniški toksikozės simptomai nukreipė mano dėmesį į vad. šoko nuodus. Mūsų bandymai su gyvuliais iš tikrųjų parodė, kad tam tikrais šoko nuodais galima sukelti būtis, visai analogiška kūdikio toksikozei. Bet ne tik kliniškas vaizdas parodo visišką sutapimą, ir medžiagos apykaitoje mes randame toli siekiančias analogijas. Ir šoke mes randame hyperglykemiją ir ekzogeninės kraujo cukraus reguliacijos sutrikimą. Kraujo deguonies prisotinimas yra sumažėjęs del kraujo srovės sulėtėjimo; toliau sumažėjęs yra ir deguonies kapacitetas kraujuje, tur būt, tat acidozės vaisius. Bet svarbiausia, eksper. šoko metu yra sunki, staigi acidozė, kuri kliniškai, kaip kad ir toksikozės metu, pasireiškia sustiprėjusiu kvėpavimu. Tuojau čia norėčiau paminėti, kad mūsų tyrimai

įgalina tiksliai apibūdinti toksikozės metu esančią acidozę. Svarbiausia čia yra tas, kad šarmai kraujuje beveik normoje laikosi, o iš anionų stebimas gana ryškus padaugėjimas Cl sąskaiton bikarbonato. Padaugėjęs yra ir laktatas, bet tas čia šarmų-rūgšties santykiams neturi ypatingos reikšmės. Šlapimuose išskiriamas didesnis kiekis organiškų rūgščių, tuo tarpu amoniako išskyrimas, tur būt, del inkstų funkcijos sutrikimo, nepadidėjęs; taip pat nėra ketonurijos. Šitą acidozės formą mes randame ir eksper. eksikozės ir peptono šoko metu šuniui. Šitais visais atsitikimais acidozę sukelia staigaus cirkuliuojančio kraujo kiekio sumažėjimas, del to audiniai nepakankamai aprūpinami oksidacijai reikalingu deguonies kiekiu. Šita deguonies stoka pasireiškia šiais būdais: 1) cirkuliuojančio kraujo kiekio sumažėjimu, 2) kraujo srovės sulėtėjimu ir 3) sumažėjusiu deguonies kapacitetu kraujuje. Dėliai viso to atsiranda anoksemija; kartu susidaro lyg ir procesų ratas: anoksemija sukelia acidozę, šita pastaroji vėl sustiprina anoksemiją tuo būdu, kad ji sumažina hemoglobino deguonies kapacitetą; antras proceso ratas yra tas, kad eksikozė skatina acidozę, pastaroji skatina vėl eksikozę.

Kai kurie mūsų bandymai teigia tai, kad šitų šoko nuodų susidarymo vietos reikia ieškoti kepenyse. Norėdamas išvengti nesusipratimų, paminėsiu, kad aš šoko nuodų šaltinį matau ne tik maisto baltymuose. Jei nuodų neutralinamoji kepenų funkcija sutrinka, šoko nuodų šaltinis gali būti: ar maisto baltymai, ar bakterijų proteinai, ar gal intravitalinė autolyzė. Tik tuo būdu galima išaiškinti intoksikacijos vaizdas, kurį mes matome etiologiškai įvairiausių ligų metu: alimentinių, enteralinių ir parenteralinių sutrikimų metu ir net, kaip kad man pavyko įrodyti uždegiminių smegenų susirgimų metu. Apie toksikozės bendrinę etiologiją, kaip kad rodo jau kliniški stebėjimai, negali būti ir kalbos. Bendra yra tik reakcijos pasireiškimas, bet ne sukeliančioji priežastis. Kiekvienas susirgimas sukelia toksikozę, jeigu susidaro šoko nuodai ir jeigu jie sukelia staigų kraujo apytakos kiekio sumažėjimą. Todėl toksikozės problema yra cirkuliacijos problema, arba, dar geriau, staigaus kraujo išsiskirstymo organizme reguliacijos sutrikimo problema. Tuo būdu ir medžiagos apykaitos sutrikimas toksikozės metu yra ne priežastis, bet tik vaisius anoksemijos, įvykusios del kraujotakos šoko.

Kalbant dabar apie t e r a p i j ą, jau iš to, kas pasakyta, aišku, kad mūsų terapijos pirmas uždavinys yra pašalinti kraujotakos šoką. Šito kraujo apytakos šoko nepašalinus, negalima organizmo vandens kiekio papildyti. Mūsų tyrimai su gyvuliais parodė, kad šoko metu ir rezorbcija yra smarkiai sutrikusi. Todėl negalima laukti efekto iš dietinio gydymo, kol bus pašalintas kraujotakos sutrikimas. Pirmasis mūsų

gydymo uždavinys yra indų sistemos papildymas. Jei vėmimas ne perdaug kliudo ir kūdikis gali gerti, tai mes jam duodame skysčių per os. Šitam tikslui aš vartoju skystimą, kuris susideda maždaug iš 300 gr. Ringer'io skiedinio, 500 gr. ryžių klijaus (10%) ir 6% dextropur'o. Šito skiedinio aš duodu kūdikiui gerti ad libitum ir tik šitą maistą duodu, iki toksiškiems reiškiniams, smarkiam kvėpavimui ir sąmonės aptemimui pranykstant. Jei kūdikis yra sunkioje kominėje būtyje, arba jeigu jis skystimą išvemia, tai tada aš suleidžiu intra venam 10% gliukozės skiedinio, praskiesto pusiau su Ringer'io skiediniu. Iš viso suleidžiu 80—120 kb. cm., prireikus tat kartoju ir kitomis dienomis. Paprastai po tokio intraveninio suleidimo koma tuojau pranyksta (tiesa, dažnai ji vėl pasikartoja); taip pat sumažėja vėmimas, ir šito pagerėjimo metu anksčiau minėtąjį skystimą duodu per os. Kartu kraujo depo mobilizuoti kūdikiui injekuojama po oda kas 2 val. po 0,2—0,3 kub. cm. sol. adrenalini (1:1000). Šitos injekcijos daromos tol, kol aiškiai pagerėja pulsas. Kai koma ir acidozė bus pranykę ir kūno svoris bus pakilęs, tai prie maisto pridedama pirmiausia angliavandenių, būtent, į kiekvieną butelį maitinamo skysčio dedamas arbatinis šaukštelis smulkiai sutrintų sausainių, paskui vietoje tokio maisto kūdikiui duodama skysta bulvių arba sausainių košelė, virta vandenyje kartu su dextropur'u. Tamstos esate girdėję, kad eksikozei atsirasti labai didelės reikšmės turi maisto baltymas. Del to baltyminis maistas labai atsargiai pradedamas duoti tik tada, kai ligonio būtis jau rodo ryškų pagerėjimą. Iš pradžių mes duodame mažais kiekiais išrūgų, jei tat gerai pakeliama, pamažu pereiname prie praskiestų pusiau su klijum išrūgų su cukrum, o dar toliau palaipsniui prieiname prie maisto, atitinkančio kūdikio amžių. Labai svarbu, kad kūdikiui ne per anksti būtų duodamas pienas, ir ne moters pienas, nes gali įvykti recidyvų. Taip pat svarbu, kad gydymo pradžioje neperdaug paisytume išmatų išvaizdos. Nors pradžioje išmatos ir blogos, bet greitai įvyksta vandens surišimas ir kūno svoris pakyla. Išmatos susitvarko paprastai tik 8-tą gydymo dieną.

Šitą terapiją aš taikau jau 10 metų ne tik toksikozei gydyti, bet ir visų sunkių kūdikių viduriavimų atvejais. Apžvelgęs patyrimus, kuriuos aš taip begydydamas esu įsigijęs, galiu tvirtinti, kad stebėjau efektų, kurių anksčiau niekada nebuvau gavęs. Mano nurodymai buvo patikrinti įvairių autorių, k. a.: Vollmer'io Berlyne, Epstein'o Prahoje, Šaferšteino Rusijoje ir Caspari bei Unger'io Palestinoje, ir visi jų patvirtinti.

Aišku, atsitinka ir čia nepasisekimų. Jei kūdikis, prieš gydomas, jau ilgesnį laiką yra buvęs toksiškas ir jo kapiliarai jau nepataisomai sugedę, tai tada nepadės joks gydymas. Ši-

tais atsitikimais organizmas jau nebegali daugiau teikiamų jam skysčių surišti. Nuolatinis kraujo koncentracijos po infuzijų nustatymas tatai labai gražiai pavaizduoja. Jei po tokios infuzijos per trumpus laiko tarpus nustatysime kraujo vandens kiekį, kaip kad mes ir esame darę, tai rasime, kad sunkiais, gydymui nepasiduodančiais, atsitikimais infunduotas skystis kraujo takus apleidžia jau po 1—2 valandų. Šitie tyrimai parodo, kad jau kraujo takai nebesugeba sulaikyti infunduoto skysčio. Kad šitą reiškinį toliau išaiškintume, mes tokiais atsitikimais ištyrėme koloidiškai ozmozišką kraujo spaudimą ir radome jį padidėjusį. Infunduoto skysčio išnykimas iš kraujo takų negali todėl pareiti nuo kraujo proteinų koloidinio vandens surišimo; čia greičiau bus kaltas sunkus kapiliarų sužalojimas. Tačiau tuo ne visiškai dar išaiškinamas organizmo nesugebėjimas surišti vandenį. Iš tikrųjų, mūsų koloidiškai chemiški kūdikių, mirusių dėl toksikozės, raumenų tyrimai parodė, kad raumenų pabrinkimas (Quellbarkeit) yra stipriai sumažėjęs; tą pat patvirtino ir T h ö n e s, kuris mūsų tyrimus kontroliavo. Neganėtinas vandens surišimas šituo atsitikimu pareina: 1) del sutrikimo kapiliarų funkcijos, kuri leidžia infunduotam ar per os patekusiam vandeniui greit vėl apleisti kraujo takus; 2) del nepataisomo raumenų koloidinės būties pakitimo. Kliniškas stebėjimas, be to, leidžia manyti, kad čia turi įtakos dar ir centrinė nervų sistema bei hormonai; čia turiu galvoje diencephalon-hypophysis sistemą.

Del galimų terapinių nepasisekimų čia vis delto norėčiau pridurti, kad, svarstant kiekvieną atsitikimą atskirai, nereikia užmiršti, jog toksikozė yra tik simptomų kompleksas, galįs pasireikšti etiologiškai įvairiausių ligų metu. Jei toksiškas simptomų kompleksas pasireiškia, pvzd., del smagenų indų trombozės arba del encefalito, tada nėra nieko nuostabu, kad mūsų terapinės priemonės neveikia. Todėl visus statistikos duomenis apie mirtingumą nuo toksikozės laikau netikrais, jeigu jie nėra paremti sekcijos patikrinta medžiaga.

Gerbiamieji! Del mokslo, kurs aiškino, kad dauguma kūdikių viduriavimų yra rūgimo viduriavimai, prieita, žinoma, prie to, kad iš viduriuojančio kūdikio maisto cukrus buvo pašalintas. Dar ir dabar gydytojai labai bijo duoti cukraus tokiems kūdikiams. Tačiau tokio becukrio maisto kūdikiui, dargi sergančiam, kenksmingumą Tamstos suprasite, jei tik pagalvosite apie tai, kad sergančio angliavandenių atsargos greičiausiai sunaudojamos, kad juo organizmas jaunesnis, tuo daugiau jis tų angliavandenių yra reikalingas, ir, pagaliau, kad ligūsti simptomai, kurie yra atsiradę del deguonies nepritekliaus, geriausiai pašalinami duodant cukraus.

Aš nesiliauju tvirtinęs, kad daug pasakojimų, pažymėtų vadovėliuose apie kūdikio tam tikrų mitybos sutrikimų eigą,

yra tik dirbtiniu būdu gautas reiškinys, atsiradęs begydant, kuriam taip pat angliavandenių maiste stoka čia yra turėjusi daug reikšmės. Ir aš Tamstoms galiu pasakyti, kad vadinamos gijimo stadijos, mitybos sutrikimui besitaisant, daugiau nėsu matęs nuo to laiko, kai esu pradėjęs taikyti minėtą gydymą. Todėl ir gijimo stadija yra dirbtinis reiškinys ir ženklas, kad maiste nepakanka angliavandenių.

Tamstos, be to, esate girdėję, kad aš ir baltymus iš pradžių visai iš maisto išskiriu, tik ligonio būčiai gerėjant, labai atsargiai pradedu juos davinėti. Nepaisant minėto mano tvirtinimo, tat Tamstoms atrodys kiek keista, nes Tamstos, prisilaikydami vadovėlių, esate įpratę viduriavimų metu skirti baltyminį pieną. Nuo šitos asociacijos — viduriavimui esant duok baltymų pieno — reikės pamažu atprasti. Ne todėl, kad teoriški baltymų pieno atsiradimo pagrindai būtų klaidingi, bet todėl, o tat yra svarbiausia, kad praktiški patyrimai (žinoma, jei jie gauti su kritika ir be autizmų), tat neigia. Pirmiausia praktika parodė, kad baltyminis pienas be cukraus vaikui padaro didžiausios žalos. Baltyminis pienas tik tada nustoja kūdikiui smarkiai kenkęs, kai prie jo pridėta angliavandenių. Toliau pasirodė, kad baltymų pienas, jei jame ir būdavo kiek angliavandenių, sukeldavo typiškas, net letalines toksikozes. Pagaliau ir K l e i n s c h m i d t yra pranešęs apie kūdikių, kurie buvo maitinami baltyminiu pienu, toksikozes su pylorospazmu. Tik tarp kitko paminėsiu, kad pagrindinė idėja, del kurios vartotas baltyminis pienas, buvo ta, kad norėta pašalinti hypotezišKas žarnose rūgimas. Jei ir prileistume, kad ta nuomonė yra teisinga, tačiau aš noriu pastebėti vieną faktą: maisto baltymai patenka į žarnų lataką ne kaip tokie, bet jau peptiškai suskilę. Tamstos jau girdėjote, kad bac. coli iš šitų peptiškai suskilusių pieno proteinų, o taip pat ir iš angliavandenių, sudaro lakias riebalines rūgštis. Iš to vėl galime daryti išvadą, kad net pagal senąją teoriją baltyminio pieno vartojimas neturi daugiau pagrindo. Aš per pastaruosius 15 metų baltyminio pieno daugiau visiškai nebevartoju ir galiu Tamstas įtikinti, kad tinkamai praskiestos išrūgos su tam tikru kiekiu cukraus viską padaro, ko tik galima laukti iš gydomojo maisto.

Taip pat aš nebevartoju ir vadinamojo maitinamojo cukraus (Nährzucker). Jis visiškai nereikalingas. Nėra duomenų, kurie įtikintų, kad vertėtų jis vartoti, nes praktikoje jis padaro ne daugiau už paprastą cukrų. Jei senas mokslas, aiškinąs viduriavimų atsiradimą ir toksikozės patogenezę, būtų teisingas, tai aš su savo terapinėmis metodėmis turėčiau susilaukti aršiausių nepasisekimų, net katastrofų. Kaip Tamstos esate girdėję, aš viduriuojančiam kūdikiui ir toksikozės metu duodu vynuoginio cukraus, apie kurį Tamstos žinote, kad

jis iš visų cukrų lengviausiai rūgsta. Jei ir po to aš gaunu geresnius gydymo rezultatus negu kad senojo mokslo šalininkai, tai tat rodo, kad jau laikas atsisakyti senos pažiūros ir persiorientuoti.

Šitai patvirtina ir šis faktas: kai įėjo į madą dirbtinio parūgštinto pieno naudojimas, beveik kasdien atsirasdavo vis naujų rūgusio pieno rūšių; vienas prie pieno pridėdavo citrininės rūgšties, kitas — druskinės rūgšties ir t. t.; pagaliau atsirado vienas, kuris prie pieno pridėdavo actinės rūgšties, ir taip pat skelbė gavęs jo gerą veikimą. Pagalvokite tik apie tat: actinė rūgštis laibosiose žarnose laikoma viduriavimų priežastimi, ir su tokiu actinės rūgšties pienu kūdikiui duodama tiek actinės rūgšties, kiek jos del bakterijų sukelto rūgimo žarnose staiga niekada negali pasidaryti, ir Tamstoms bus visai aišku, kad patogenezinė acto rūgšties reikšmė viduriavimams atsirasti turi būti atmesta. Tuo būdu priėjome išvadą, kad šiandien mes vėl nieko nežinome, kaip pasidaro viduriavimai, ir problema, kuri atrodė jau išspręsta, vėl reikia pradėti spręsti iš naujo.

Gerbiamieji! Savo išvedžiojimus baigiau. Šitoje paskaitoje aš, žinoma, negalėjau paliesti visų sų toksikozės problema susijusių klausimų. Baigdamas tik viena norėčiau paminėti, kad tai, ką Tamstos esate girdėję, nėra hypotezės, bet trumpa 12 metų sistemingo kliniško ir laboratorinio darbo santrauka. Šitie moksliški tyrimai didžiausia dalimi sugriovė senąjį mokslą, bet naujasis pastatas, kuris turi būti pastatytas vietoje senojo, turi dar daug spragų. Iškilo naujų problemų ir senieji klausimai tapo apšviesti nauja šviesa. Juos išaiškinti turės tolimesni moksliški tyrimai.

Med. dr. H. Nossen.

Apie apendicitą, turint galvoje ypatingąsias krašto sąlygas.

(Iš Panevėžio Žydų ligoninės chirurginio-ginekologinio skyriaus. Skyriaus vedėjas — dr. H. Nossen).

Jei aš šiandien noriu kalbėti apie apendicitą, tai tatai darau del daugelio buvusių apendicito atsitikimų, ypač pastaraisiais mėnesiais, kada ligoniai būdavo atgabenami į ligoninę pavojingoje gyvybei būtyje. Ligšiol dirbdamas įvairiose šalyse, per tokį trumpą laikotarpį aš nesu stebėjęs tiek daug sunkių perforacinio ir difuzinio peritonito atsitikimų, kaip kad čia Lietuvoje; todėl aš ėmiausi tyrinėti šitą klausimą, norėdamas išspręsti, gal vaidina čia kurį vaidmenį atskiri fakto-

riai, del kurių šita liga taip dažnai pasireiškia piktybinėmis formomis. Prieš pereidamas prie statistikos, turiu pakalbėti del apendicito etiologijos ir fiziologijos, nes su šitais faktoriais yra glaudžiai susijęs ir visas kliniškas vaizdas.

Dar dabar daugelis žmonių pažymi apendicitą kaip „madišką ligą“, nes anksčiau apie šitą susirgimą tekdavo mažiau girdėti. Specialistui gydytojui šitos priežastys yra aiškios. Turime skirti tariamąjį nuo tikrojo šitos ligos padaugėjimo. Kas anksčiau būdavo diagnozuojama kaip ileus, cholecystitis, enteritis ir kiti pilvo susirgimai, dabar, patobulėjus diagnostikos priemonėms ir mokslo tyrimams, dažnai pasirodo, kad tat yra apendicitas, ir tuo būdu dabar redukuotas iki minimum'o mirtingumas nuo „nežinomų pilvo susirgimų“. Tikroji apendicitų padaugėjimo priežastis, dabartiniu manymu, pareina nuo netikslaus gyvenimo būdo. Dabar įrodyta, kad vartojant augalinį ir rupų maistą mažiau susergama apendicitu, negu kad nuo su prieskoniais paruošto valgio, kai valgoma daugiau mėsos, kai žmonės, del šios priežasties labai dažnai serga vidurių užkietėjimu arba priešingai palaidais viduriais. Juo geriau minta liaudis, tuo daugiau apendicito susirgimų. Tam tikras sąsyjis tarp mitybos ir apendicito pastebėtas ir didžiojo karo metu. Tuo laiku apendicito susirgimai buvo sumažėję per pusę palyginti su pokariniais ir mūsų laikais.

Etiologijoje didelę reikšmę turi ypatinga appendix'o anatominė struktūra. Vėdarėlis (appendix) yra rudimentinis organas, siauru spindžium, pagal savo histologinę struktūrą artimas folikulais turtingoms tonsilėms, kuo ir aiškinamas jo didelis palinkimas sirgti uždegiminiais procesais.

Kitas svarbus faktorius yra appendix'o forma ir jos pakitimai. Normalus išsitiesimas pasikeičia sulinkimu, susisukimu, spirališku vingiuotumu. Su tuo yra glaudžiai susijęs organo išsituštinimo galimumas, kuris apendicitui susidaryti turi didelės reikšmės.

Be šitų pakitimų, apendicito susidarymo mechanizmui didelės reikšmės turi ir appendix'o padėtis pilvo tuštyme. Appendix'as gali gulėti intraperitoneliai mažame dubenyje, medialinėje linijoje tarp žarnų kilpų, išoriniame vėdarinės žarnos pakraštyje, retroperitonealiai prie jos užpakalinės sienos, dargi į viršų iki inkstų viršutinės dalies arba iki kepenų. Svarbiausios appendix'o padėtys yra positio pelvina, positio coecalis ir positio latero-coecalis. Šitas suskirstymas aiškiai nusako organo topografiją su jo gretimais organais ir duoda mums nurodymų kliniškai įvertinant ligos vaizdą. Didžiausieji appendix'o padėties nukrypimai būna situs transversus ir aplasia colon ascendens atveju. Appendix'o ilgumas būna nuo 6 iki 30 cm.

Dažnesnis apendicito išsirūtuliavimas vienoje šeimoje nurodo etiologijos hereditarinį pobūdį, ir tada galima nustatyti, kad atskiriems šeimos nariams randami tie patys anatominiai ypatumai. Turint galvoje anatominius santykius nevisai tikėtina, kad kliniški skaudamumo taškai pagal Mac-Burney'ą, Lanz'ą ir Kuemel'į atitiktų ligos vaizdą, ir bus teisinga paminėti, kad šitas kliniškas simptomas su tam tikru atsargumu turi būti naudojamas diagnostikoje.

Tolimesnis punktas etiologijoje yra amžius. Apendicitas daugiausia yra pirmųjų dešimtmečių susirgimas, ir, jei paskutiniuose amžiaus dešimtmečiuose sutinkamas šitas susirgimas, tai dažnai, surinkus smulkią anamnezę, pavyksta nustatyti, kad susirgimo pradžia ir pirmieji priepuoliai jau buvo pasireiškę jaunesniame amžiuje arba net kūdikystėje. Kad apendicitas daugiausia yra pirmųjų dešimtmečių susirgimas, nustatomas iš anatominės ir histologinės organo struktūros. Kol nėra appendix'o involiucijos, jo folikulais turtingoje gleivinėje uždegimas gana dažnai atsiranda kaip kad ir folikulinėse tonsilėse.

Taip pat yra etiologinis sąsyjis tarp metų laikų ir susirgimo. Daugiausia susirgimų būna vasarą ir pirmais žiemos mėnesiais. Taigi pasirodo, kad specialiai viršKinamųjų organų susirgimo ir persišaldymo laikotarpiai predisponuoja apendicitą.

Viena iš svarbiausių apendicito priežasčių vis dėlto yra paties appendix'o infekciją. Pasirėmę naujaisiais tyrimais, mes įsitikiname, kad turime reikalą su bakteriniu - fermentaciniu sienelių sužalojimu. Specialių, uždegimą sukeliančių, mikrobų nėra; įvairios bakterijos veikia įvairiai, ir ligos metu visokios bakterijų rūšys stipriau pasireiškia. Pirmiausia paminėtinos bact. coli, kurios dažnai užtinkamos visai grynos nemišrios formos, tuo tarpu, kai sunkias nekrozines apendicito formas sukelia daugiausia streptokokai. Pasak Aschoff'o, svarbiausias infekcijos įsibrovimo kelias yra enteralinis; be to, dar minimas ir hematogeniškai embolinis bei septiškai embolinis kelias (Kretz).

Appendix'ą gali paliesti ir bendriniai žarnų susirgimai, ypač vėdarinės žarnos uždegimai — kolitai. Laibųjų žarnų chylus'as vėdarinėje žarnoje toliau skyla, pradeda rūgti, kas būna ypatingai pavojinga, kai rūgimo produktais prisipildo vienuogalė žarna. Rentgenologiškai nustatyta, kad žarnų peristaltika yra daug kartų greitesnė už appendix'o, kuriame dar po 120 valandų buvo rasta bario likučių. Ir kaip tik šitas vienuogalės žarnos prisipildymas ir sulėtėjęs išsituštinimas turi didelės reikšmės apendicitui atsirasti. Šita kryptimi labai pamokomi yra Heil'io tyrimai. Tuščią appendix'ą perrišus jo pagrinde, beveik visuomet pasidaro hydrops ir net

empyema, kuri ir infiltruoja jo sieneles. Perrišę išmatų pilną appendix'ą, jo pagrinde gauname destrukcinio apendicito vaizdą su visais sunkiais reiškiniais. Priežastis yra ta, kad čia dar nėra suirę baltymų produktai, taip pat nėra susiskaldę angliavandeniai ir riebalai veikia ardydami gyvus appendix'o narvelius. Baltymų skilimo produktai ypatingai veikia uždegimo laipsnį ir paprastas apendicitas gali pereiti į sunkų ichorozinį peritonitą.

Perdaug reikšmės teikiama santykiui tarp apendicito ir anginos; mediciniškoje literatūroje tik du kartu radome apendicito ir anginos sutapimą, bet dažniausiai šitos ligos pasireiškia skyrium.

Taip pat galima pasakyti del influenzos, arba del pastarųjų laikų gripo susirgimo. Pirmiausia čia svarbu, ar liga palietė kvėpuojamuosius ar virškinamuosius takus.

Toliau nagrinėjant apendicito etiologiją, iškyla jo sąsyjis su parazitų buvimu appendix'e. Pirmiausia čia minimas oxyur'inis appendicitis, del kurio ypatingai Reinbach pasisako. Mūsų patyrimai atitinka nuomonę, kad šitie apendicitai nėra ūmūs, dargi pasižymi lengviausia eiga. Mažiausia 30—40% ūminių apendicito atsitikimų mes esame radę kalbamuosius parazitus, ir, rodosi, mūsų kraštui tat turi būti svarbu, nes šita aplinkybė rodo higieniškąją tautos būtį. Gausingi yra ir atsitikimai, kai buvo rasta askaridų, ir būta net atsitikimų, kai parazitai buvo rasti vienuogalės žarnos spindyje. Tam tikromis sąlygomis, pasak Sonnenburg'o, galinti net pasirodyti oxyur'inio apendicito epidemija. Bet nė vienu atsitikimu nėsame radę tiesioginio appendix'o sienelių suardymo.

Taip pat pasitaiko įtartinai didelis skaičius išmatinių akmenų, kurie kartais būna tokio didumo, jog akmuo net uždaro visą spindį. Del išmatinių akmenų reikšmės apendicitų etiologijai tenka pagalvoti, ar toks akmuo yra tiesioginė ligos priežastis, ir ar jo buvimas gali paveikti ligos vaizdą viena ar kita kryptimi. Apskritai, tenka priimti, kad išmatinis akmuo, pasiekęs viso spindžio didumą, pirmiausia mechaniškai veikia appendix'o sienelę, sužaloja gleivinę, duoda ulceracijas ir sudaro palankias sąlygas išsirūtuliuoti tolimesnei sunkiai infekcijai. Mes turime sutikti, kad vieno ar kelių išmatinių akmenų (bet tikrinių Oberndorfer'io prasme) buvimas kiekvienu atveju neigiamai veikia ligos eigą, kuri gali prieiti prie perforacijos ir išmatinių akmenų ir bakterijų įsiskverbimo į pilvo tuštymą. Šitokią būtį turėjome progos stebėti 2 atsitikimais. Vienu atsitikimu, senai moteriškei, be to, dar sirgusiai vitium cordis ir emphysema pulmonum, kuriai apendicito procesas nuolat progresavo, atidariau tik apendici-

tinį abscesą ir pašalinau laterocekalinį ir retrocekalinį akmenį. Antruoju atsitikimu akmuo buvo mažajame dubenyje.

Kitų svetimkūnių veikimui dabar teikiama mažiau reikšmės, nors gali atsitikti, kad ir jų buvimas gali būti žalingas savo mechanišku veikimu.

Ypatingai svarbios yra stenozės ir iš dalies appendix'o obliteracijos. Šitokie appendix'ai linkę recidyvuoti, ir yra chroniško apendicito forma.

Sutinkame ir tokių atsitikimų, kur obliteravęsis appendix'as yra mažas ir beveik vidutinio šilko siūlo storumo. Šitokioms analogijoms tenka priskirti tie etiologiniai momentai, kuriuos anksčiau aš esu minėjęs ir kurie svarbiausiai priklauso nuo retencijos ir fermentų veikimo.

Apendicito etiologijos klausimo pilnumui reikia dar panagrinėti sąsyjis apendicito su nelaimingaisiais atsitikimais. Kaip žinoma, pilvo sužalojimai sukelia žarnų kilpų plyšimą ar jų atsiskyrimą nuo mesenterium'o; kitoks mechanizmas beveik nestebimas. Nelaimingais atsitikimais žarnos sužalojamos tik tose vietose, kur jos turi tvirtą atramą, k. a., stuburkaulį. Čia labai svarbus yra žarnų prisipildymo laipsnis. Apie trauminio apendicito galimumą turime pasakyti tai, kad kaip tik appendix'as su savo mesenterium'u yra organas, kuris nuo traumų mažiausiai nukenčia. Turėdamas relatyviai storą raumeninį sluoksnį, kuris apsupa siaurą spindį, appendix'as lengvai išsliįsta iš sužalojamos vietos. Kitaip turime pasisakyti del esančio apendicito proceso pablogėjimo sąsyjyje su trauma. Negalima nuneigti, kad chroniškas procesas del išorinės traumos pablogėja ir latentinė infekcija turi progos pasireikšti. Bet ir šitokiais atsitikimais turi būti įrodyta, kad trauma buvo tikrai vienuogalės žarnos srityje.

Keletas pastabų del **patologinės anatomijos.** Apie apendicito susidarymą vyrauja dvi nuomonės. Pasak Aschoff'o, pirminė infekcija patenkanti į gilias gleivinės epitelio kišenes. Pirmoje uždegimo stadijoje šitas autorius randa „vieną ar keletą gleivinės epitelio defektų, padengtų paviršutiniais fibrino ir leukocitų kamščiais, ir nuo šitos žaizdos vietos pailgą leukocitų susitelkimą įvairioje submukozinių, muskularinių ir subserozinių sluoksnių gilumoje". Pasak Kretz'o, kalba eina bent apie keleto streptokokų infekciją, bakterijoms įsibrovus ir susitelkus perifolikuliniuose kapiliariniuose vingiuose, joms prasiveržus folikulų link, hematogeniškai septiškai folikulams suirus ir po to nekrozinėms masėms patekus į appendix'o spindį; po to procesas gali išgyti, arba sunkiais destrukciniais atsitikimais gaunama gili infekcija.

Pasirėmę gausingais tyrimais, turime pasakyti, kad Aschoff'o teorija turi daugiau šalininkų; tačiau praktikoje svarbu, kad apendicitas prasideda gleivinėje. Kol uždegimo

procesas vyksta gleivinėje, ligos vaizdas nesiskiria nuo kitų žarnų uždegimo; čia turime tik paviršutinę gleivinės slogą (katarą), į kurį atitinkamai reaguoja appendix'as. Šitokios slogos išgyja ir lieka tik nežymūs buvusio susirgimo pėdsakai. Visai kitoks gaunamas vaizdas, kai sloga del gilesnio uždegimo palieka gleivinės randus, kurie susiaurina appendix'o spindį. Tada tuojau gaunamas chroniško apendicito vaizdas, vienas recidyvas eina paskui kitą, appendix'e susidaro susitvenkimų, hydrops, cysta, empyema ir kitų sunkių komplikacijų. Mažesniame atsitikimų skaičiuje būna paprasta sloga; daugumas statistikų (80%) rodo tiesioginį appendicitis simplex perėjimą į sienelės destrukcinę flegmoną. Šitas reiškinys labai svarbus mūsų chirurgiškam galvojimui ir veikimui, taip pat operacinėms indikacijoms, apie ką vėliau bus kalbama.

Iš destrukcinių formų flegmoninė absceduojanti forma turi geresnę prognozę, nes čia perforacija pasidaro aprėžtoje vietoje ir sulaiko arba bent žymiai sumažina difuzišką išsiplėtimą daugiausia del fibrininių suaugimų.

Daug nemalonesnė esti hematogeniškai nekrozinė apendicito forma, totalinė gangrena, kada visas appendix'as trumpu laiku sprogsta, kada likęs pilvas dar santykiauja su susirgusiu organu, kur peritoneum'o apsigynimas dar nėra prasidėjęs, taip, kad perforacijos vieta yra laisvoje appendix'o sienoje. Tuo būdu iš karto pakinta visas ligos vaizdas, pasidaro bendrinis peritoneum'o susirgimas ir ligonio likimas pareina nuo to, ar peritonitas apsirėš arba difuziškai išsiplės, ar organizmas turi pakankamai atsarginių jėgų ir ar bus dar kurių nors komplikacijų. Prognoziniu atžvilgiu geriau, kai perforacija yra žarnoje, bet, deja, tat būna labai retai. Sienelinės flegmonos atžvilgiu norėčiau pasisakyti del labai svarbaus ir gyvybei gresiamo dalyko. Sienelinės flegmonos gali būti pradinė stadija, bet vis dėlto nuo mesenterium'o venų anksti atsipalaiduoja infekciniai trombai, kurie, keliaudami v. ileocolica, pasiekia kepenų v. portae ir sukelia kepenų abscesą, kurio pasėkoje beveik visada ligonis miršta. Šituo patyrimu remiasi vena ileocolica perrišimas. Operuojant tokiais atsitikimais tenka stebėtis nežymiu vietiniu radiniu, kas ir iš patologiškai anatominės pusės vis patvirtinama. Aš esu matęs užsienyje tris tokius atsitikimus. Radiniai vienuogalėje žarnoje buvo labai nežymūs, nepaisant, kad buvo sunkus kliniškas ligos vaizdas; kepenų tyrimas parodė, kad šitas organas buvo pilnutėlis abscesų; visi trys atsitikimai baigėsi letaliai.

Šitame straipsnyje negaliu smulkiau nagrinėti apendicito patologinės anatomijos, bet tik noriu dar paminėti du dalykus. Pirmas klausimas yra del peritoneum'o dalyvavimo, antras del vaikų apendicito. Lengvaisiais apendicito atsitikimais, kur kalbama apie lengvas gleivinės slogas, beveik nėra jokios pe-

ritoneum'o reakcijos. Destrukcinėse formose pastarasis yra siurblys, kuris trumpu laiku sugeria nuodus, kurie sukelia sunkaus peritoninio sepsio vaizdą. Mirtingumo atsitikimai del vad. širdies silpnumo de facto nėra susirgusios širdies pasėka; dažniausiai mirties priežastis yra peritoninis sepsis.

Keletas pastabų del vaikų apendicito. Vaikų apendicitas dažnai pasireiškia ūmine ir chroniška forma, skausmais in regione umbilicali. Vaikų gydytojai pažymi šitą simptomą ne kaip apendicitą, bet kaip „virkštelės dieglius", ir paneigia apendektomiją; mums, chirurgams, aišku, kodėl taip yra, ir tatai yra žinoma kolegoms specialistams, nors tat nėra pažymėta chirurgijos vadovėliuose. Vadinamų „virkštelės dieglių" atsitikimais tat būna del ilgo appendix'o, turinčio ilgą mesenteriolum'ą. Pagreitėjus žarnų peristaltikai, pagreitėja ir appendix'o peristaltika, ir jis daro didesnius judesius. Čia gali ir atsitikti, kada appendix'as spirališkai apsisuka ir tuo būdu jo spindis užsidaro. Aišku, kad šitokie judesiai sukelia vaiko organizme ypatingai didelius skausmus, nes yra tam tikras paties peritoneum'o tempimas. Appendix'as tokiais atsitikimais yra visiškai sveikas, bet visas svarbumas yra apsisukime, kurį del savo ilgo mesenteriolum'o yra padaręs appendix'as; gali labai lengvai atsitikti, kad apsisukimas gali sukelti organo suveržimą, del ko, kaip sunkaus mitybos sutrikimo padarinys, gaunama appendix'o gangrena. Jei ir nenorima prileisti šito sunkaus galimumo, tai vis delto galima įsivaizduoti, kad kartotiniai apsisukimai pagaliau appendix'ą sužaloja, ir tuo būdu yra pavojaus gauti apendicitas nuo lengvos iki sunkios formos. Analogiškas šitam susirgimui yra pautelio (testiculus) užsisukimas; todėl svarbu nurodyti į galimumą „torsio appendicitis" ir jis palikti tolimesnei diskusijai.

Trumpai **apie apendicito diagnostiką.** Kliniškas apendicito vaizdas būna tiek įvairus, jog chirurgams tenka sunkus uždavinys. Kaip jau minėta, sunkumų sudaro appendix'o anatominė padėtis. Del to šitas susirgimas yra supainiojamas su kitų gretimų organų susirgimais, kurie gali būti net suaugę su appendix'u. Diferenciniai diagnostiniai sunkumai su inkstų, kepenų ir tulžies pūslės ir ypač su adnex'ų susirgimais yra gerai žinomi, ir čia man netenka kas nors del šito nurodinėti, taip pat del sunkios toksinemijos vaizdo, kuri trumpu laiku sukelia mirtį. Tais atsitikimais, kai peritoneum'as tuojau reaguoja apsauginėmis priemonėmis, randami augliai, kurie iš tikrųjų yra susidarę iš omentum'o, žarnų kilpų ir parietalinio peritoneum'o, kurių viduryje užtinkamas appendix'as. Jei appendix'as turi atipišką padėtį, tai tokie augliai gali būti klaidingai aiškinami; rentgenodiagnostika daugeliu atsitikimų mums neduoda aiškių organo susirgimo duomenų. Rentgenologai daro dideles pastangas geriau

ištirti ligos vaizdą, panaudodami šitą kliniška pagelbinę metodę, kas rodo, kad apendicitas vis dar nėra specialistui išspręsta problema, ir jisai dar toks liks ilgą laiką. Neseniai buvusiame rentgenologų kongrese Prahoje apendicitas sudarė opiausią pasitarimų problemą. Šitoje srityje įdomūs yra Vienos rentgenologo Czepa's tyrimai. Knothe įrodė, kiek rentgenologija palengvino suprasti appendix'o, būtent jo nervų bei raumenų, veiklą ir tuo būdu padėjo pačiam apendicito atsiradimui suprasti. Dar neturiu šitų darbų; iš tikrųjų bus įdomu su jais susipažinti.

Retai kuri liga gali duoti tokį įvairų vaizdą kaip kad apendicitas; pirmieji simptomai gali būti visai kitokie, negu kad mes juos mokėmės ar esame pratę matyti. Apskritai jis prasideda vietiniais skausmais, vėmimu, temperatūros pakilimu, nelygiagretiškumu tarp temperatūros ir pulso dažnumo, raumenų įtempimu. Bet mes neturime užmiršti, kad dešiniosios pusės inkstų susirgimas ir pleuritis diaphragmatica gali sukelti tuos pačius simptomus kaip kad apendicitas. Mes visi žinome diagnozinius sunkumus, diferencijuojant ekstrauterinį nėštumą. Taip pat neabejotina, kad šitas susirgimas gali turėti ir diarejinį pagrindą.

Kada gi apendicito atveju operuotina?

Chirurginės indikacijos ilgainiui įvairiai keitėsi. Aš priklausau prie Mikulicz'o mokyklos, nes mano chirurgijos mokytojas Tietze buvo šito seno mokslininko mokinys ir laikėsi šito žinomo chirurgo tradicijų. Tačiau Tietze mus mokė ir apskritai visų chirurgų priimtų pažiūrų. **Mikulicz'o indikacijos apendicitui operuoti yra šios: abscesas, perforacinis peritonitas, dažni recidyvai.** Mikulicz operuodavo dargi ūminiame priepuolyje, kas dažnai privesdavo prie pooperacinių hernijų. Apskritai jis labai mėgdavo operuoti intervalų metu, nes tada būdavo mažiausiai progos pavojingoms komplikacijoms atsirasti. Vėliau jis pakeitė savo nuomonę, ir nustatė dėsnį, kad operuotina ūminiame priepuolyje tik tuomet, kai procesas yra linkęs progresuoti. Didelio patyrimo dėka mes esame radikališkesni ir šiandien laikomės šitokios nuomonės: kiekvienu atsitikimu koanksčiausiai operuotina, jei galima, tai dar pirmomis priepuolio valandomis. Tuo būdu pacientas atpalaiduojamas iš karto nuo savo kančių, kurios vėlesnėje stadijoje galėtų jam turėti lemiamos reikšmės. Be to, ankstyvai operuojant galima abdomen primariškai uždaryti, tuo būdu išvengiama kartotinės operacijos.

Tenka apgailestauti, kad gydytojas kviečiamas ne tada, kai apendicitas tėra vos tik prasidėjęs, bet tada, kai jau yra

ligos intermediarinė stadija. Tat ypatingai būdinga dabartinėmis vietinėmis sąlygomis, ką aš įrodysiu statistikos duomenimis. Dėl intermediarinės stadijos daugelis kolegų tiki pavojais, kurie susidaro, bakterijų virulentiškumui padidėjus ir suaugimams įsisiurbus. Tat būna retais atvejais. Suprantama, pageidautina, kad intermediarinė stadija būtų privesta iki intervalo, bet taip nusistačius dažnai pražiopsomas operacijos laikas ir susidaro komplikacijų, kurių galima būtų buvę išvengti laiku įsikišus. Del to aš esu šios nuomonės: tik tokiais intermediarinės stadijos atsitikimais neoperuotina, kai visiškai įsitikinama, kad procesas yra gerai įsikapsuliavęs, kai bendrinė savijauta nėra sutrikusi ir, kas svarbiausia, kai ligonis ilgesnį laiką gali būti gydytojo prižiūrimas.

Šita sąlyga yra visų sunkiausia, ir, pasirėmęs savo patyrimais Lietuvoje, turiu pasakyti, kad visai neįmanoma. Kiekvienu atsitikimu operuotina, kai tik liga progresuoja. Savaime suprantama, kad, pasidarius peritonitiniam absceșui ir perforaciniam peritonitui, tučtuojau operuotina.

Suglaudus visa, kas aukščiau yra pasakyta, tenka priimti apendicitams operuoti šios indikacijos:

1. Visi apendicito atsitikimai kiek galima anksčiau operuotini.

2. Intermediarinėje stadijoje operuotina; išimtį sudaro tiktai tie atsitikimai, kurie kliniškai sudaro gerą įspūdį ir kurie yra tikrai gerai įsikapsuliavę.

3. Neoperuotini toksinemijos ir peritonitinio sepsio atsitikimai.

4. Pirminio tuberkuliozinio appendix'o susirgimo beveik nebūna; dažniausiai jis yra susijęs su appendix'o tuberkulioze. Todel šita liga mums nėra reikalo domėtis.

5. Apendicitas ir nėštumas:

Nėščioms moterims didžiausio pavojaus yra nepalankiose peritoneum'o santykiuose. Šito atsitikimo mechanizmo čia neliesiu. Ūminiame priepuolyje nėščia moteris yra daug pavojingesnė negu nenėščia. Ankstyvios operacijos mirtingumas sudaro procento dalį; nėštume mirtingumas sudaro 6% ir kyla su nėštumo laiku iki 37%, kaip kad buvo Payr'o įrodyta. Todėl yra bendra taisyklė, kad nėštuminis apendicitas gydytinas chirurgiškai kaip galima anksčiau ir kiekvienoje stadijoje, nepareinamai nuo priepuolio laiko ir nuo nėštumo (Capelle). Nėštumo pradžioje operacija atliekama bendromis taisyklėmis. Antroje nėštumo pusėje vartojamas kombinuotas būdas, kuris daromas šitaip: iš pradžių padaroma appendectomia, ir pilvas paliekamas atdaras; po to vaginines sectio caesarea pagalba pašalinamas vaisius, ir, tik tatai padarius, uždaromas pilvas. Šitas būdas yra geriausias, nes, ištuštinus gimtuvę, galima nustatyti, ar užpakalyje yra retrouterininis ek-

sudatas, kas, ankstyvai pilvą uždarius, gali būti pražiopsota, ir tuo būdu gali sudaryti didelį antrinį pavojų.

Kiekvienai moteriai, kuri prieš vestuves buvo turėjusi apendicito priepuolį, ištekant patartina appendectomia.

Šitomis indikacijomis vadovaudamiesi, mes per paskutinius 12 mėn. nuoperavome 188 apendicito atsitikimus, kurių 127 teko priskirti prie appendicitis acuta, likusieji 61 atsitikimas — prie appendicitis complicata formų.

Pažymiu, kad sudarant 1936 metų statistiką (visi atsitikimai mano paties buvo stebėti), smulkiau suskirstant paaiškėjo, kad appendicitis serofibrinosa atsitikimai iš tikrųjų sudaro didesnį skaičių. Palyginimui aš paėmiau statistiką iki 1933 metų; ankstyvesni metai beveik prilygsta 1933 metams.

Mūsų statistika.

Metai	Bendras skaičius	Append. ac.	Appendicitis complicata					
			Sero--fibr.	Purul.	Gangren. perfor.	Peritonitis	Bendras skaičius	%
1933	88	59	7	8	6	8	29	32,9
1934	112	82	7	13	8	4	32	28,5
1935	111	89	4	11	2	5	22	20,0
1936	188	127	10	14	24	13	61	32,4

Panagrinėję aukščiau pažymėtus skaičius, mes matome, kad 1933 met. komplikuotų atsitikimų buvo 32,9%, o tat palyginus su kitais metais, sudaro didžiausią procentą. Paviršutiniškai pažiūrėjus atrodytų, kad appendicitis complicata susirgimai dabar yra sumažėję. Aš išvedžiau procentus del to, kad norėjau parodyti, jog aukštas komplikuotų atsitikimų procentas pareina nuo palyginti mažo susirgimų skaičiaus, tuo tarpu, kai lentelėje aiškiai matomas susirgimų padaugėjimas. Mes turime skyrium peržiūrėti absoliutinius skaičius, norėdami prieiti tikslią išvadą.

Tuo būdu mes matome, kad komplikuotų atsitikimų skaičius didėja nuo 1933 met. ir ypačiai didelis jis buvo 1936 metais, kaip kad ir bendras apendicitu susirgimo skaičius. Nedaug mažesni yra 1935 metų skaičiai palyginti su 1936 met., bet ta medžiaga man nežinoma ir aš negaliu del jos pasisakyti.

Lentelė rodo, kad 1934 metų apendicitų padaugėjimas sudaro 24, 1935 m. — 23, 1936 mt. padaugėjimas siekia 100 atsitikimų palyginti su 1933 metais. Žinoma, galima būtų pasakyti, kad visais šitais metais, be 1936 metų, apendicitu susirgimų padaugėjimai mažai reikšmingi; tačiau neužmiršš-

tina, kad Lietuva yra mažas kraštas ir kad mano statistika liečia tik vieną ligoninę. Del kitų šito krašto ligoninių esu mažai informuotas, bet esu girdėjęs, kad ir ten yra pastebėtas toks pat reiškinys.

Pastebėjus tokį staigų tam tikros ligos padaugėjimą, del įvairių priežasčių, man rodos, yra reikalinga pamėginti patyrinėti, kame yra šito reiškinio priežastys. Aš gyvenu čia beveik ištisus metus ir turėjau progos prisižiūrėti žmonių gyvenimo būdo. Manau, kad pirmiausia svarbiausią vaidmenį vaidina gyvenimo būdas, jei būna tiek daug žarnų susirgimų apskritai ir specialiai tiek daug apendicitų. Dažnai tenka susidurti su žarnų sutrikimais, čia užkietėjimų, čia diarėjų pobūdžio. Lietuva yra žemdirbių šalis, kur yra daug gyvulių. Del to gyventojai daugiausia minta mėsa, daugiau negu kad kur kitur. Tautos sveikatos reikalams būtų naudinga, jei oficialiai būtų nustatyta, kiek mėsos suvartoja kiekvienas žmogus per tam tikrą laiko tarpą. Be to, dar tenka priminti, kad valgiai vartojami su daugybe prieskonių.

Jau aš savo straipsnio pradžioje esu suminėjęs, kad apendicitas pasitaiko tuo dažniau, juo yra geresnė mitybos atžvilgiu šalies būtis; tačiau tat Lietuvai negali būti pritaikinta.

Lietuva, kaip kad ir kitos Europos šalys, turi savo ekonominius rūpesčius, ir, jei gyventojai minta mėsa, tai tat daro del bendro pragyvenimo standarto pritaikymo ir del šito maisto prieinamumo. Būtų pageidaujama, kad būtų surasta būdų mėsiškam valgiui pakeisti į augalinį, kad ūkininkai būtų verčiami dalį savo žemės apsodinti daržovėmis. Galėtų, žinoma, kas nors pasakyti, kad yra juokingi ir nereikalingi tokie patarimai vienai ligai pašalinti: pirmiausia tam ir yra gydytojai, kurie savo menu turėtų pagelbėti, — tačiau į šitą problemą ne taip turi būti žiūrima. Netikslus gyvenimo būdas sukelia ne vien tiktai apendicitą, bet taip pat ir kitus žarnų bei medžiagos apykaitos susirgimus.

Noriu dar pakalbėti apie n a m ų h i g i e n ą. Visų pirma apie vietinio vandens tiekimo sąlygas. Gyventojams turi būti nuolat aiškinama nevirinto vandens vartojimo žala. Daugumą ir sunkių apendicito atsitikimų pas mus pastebimi vasarą; pav., šiais metais šitas susirgimas buvo epideminio pobūdžio ne tiktai pas mus, bet ir visame krašte, ir būtų labai pageidaujama, jei šita kryptimi būtų pravesta anketa. Netenka užmiršti, kad mes šitame krašte esame turėję ir šiltinės epidemiją, kas rodo, kad apendicitų padaugėjimas yra susijęs su bendriniais virškinamojo latako susirgimais.

Labai didelis buvo appendicitis acuta atsitikimų skaičius, kur, ypač jauniems individams, buvo rasta oxyur'ų ir ascarid'ų. Aš demonstruoju jums tokį preparatą, kurį aš esu radęs beoperuodamas prieš keletą dienų. 9 metų mergaitė

susirgo su visais tipiškais appendicitis acuta reiškiniais; kliniškai nebuvo jokių abejojimų del šitos ligos. Beoperuojant buvo rastas nedidelis eksudatas, didelis sudirgintas appendix'as, smarkiai įdegęs, ypač savo pagrinde, kur buvo nežymūs fibrino sluoksniai. Išpjautame appendix'e rasti du dideli askaridai, kuriuos aš su ligatūra fiksavau prie appendix'o. Šitokie parazitai patenka į žmogaus organizmą su maistu ir kontakto būdu. Tiktai nuolatinis sistemingas aiškinimas gali išmokyti liaudį, kad tik mechaniškas maisto produktų, daržovių, virintu vandeniu plovimas gali apsaugoti organizmą nuo žalingų parazitų. Namų higienos klausimas ir jo pravedimas priklauso prie sunkiausių problemų.

Apendicitas, kaip aš jau esu pirmiau minėjęs, plačių gyventojų sluoksnių laikomas paprastu susirgimu, jei jau ne „mados liga", nors, atsiradus reiškiniams iš pilvo pusės, pačių galvojama apie apendicito galimumą ir apie tai patys klausinėja gydytoją. Tenka pastebėti, kad medžiagoje, kuri susidaro iš 188 atsitikimų, buvo 23% pūlingų formų, 39,3% gangreninių perforuotinių ir 21,3% su peritonito reiškiniais. Beveik visais šitais atsitikimais galima buvo nustatyti, kad ūminis priepuolis buvo pasireiškęs prieš daug valandų bei dienų, ir gydytojui apie tai vėlai buvo pranešta. Tat atsitikdavo dažniausiai kaimiečiams, kurie nustebdavo, išgirdę apie ligos sunkumą ir apie operacijos rezultatų abejotinumą. Tuo būdu matome, kad kaimiečiai dar toli gražu nepakankamai orientuojasi šitoje srityje: jie nenusimano, kiek pavojingas gali pasidaryti iš pradžių vos bejaučiamas vidurių skausmas. Gydytojų bei visuomenės aiškinimai ir patarimai šita sritimi labai pageidaujami ir reikalingi. Kaimo gyventojai turi būti perspėti, kad kiek galima anksčiau kreiptųsi į gydytoją. Tenka dar girdėti, kad šitiems kaimo gyventojams tenka susidurti su blogais ir ilgais keliais, ir ne tiktai pavėluota gydytojo pagelba, bet ir šitas momentas pablogina susirgimo prognozę.

Ilgas sunkiai sergančių ligonių gabenimas autobusais dažnai labai juos sužaloja ir net sukelia pavojingus pilvo susirgimus, ir del to miesto ar apskr. savivaldybės turėtų įsigyti sanitarinius automobilius, kurie galima būtų kiekvienu laiku išsikviesti telefonu.

Tat turi būti tik keletas paskatinimų, kurie galėtų padėti tautos sveikatai pagerėti.

Turiu dar panagrinėti vieną klausimą, kuris liečia mus gydytojus. Nors mes visi esame nusistatę, kad apendicitas turi būti koanksčiausiai perduotas chirurgų globai, tačiau dar yra kolegų, kurie laikosi senos taisyklės, būtent, kiekvienu atveju atidėlioti operaciją, jei jau yra praėję 24 ar 48 val. nuo ūminio priepuolio. Tat galima daryti, bet tiktai tuomet, kaip kad jau pirmiau yra minėta, kai pacientas daro gerą įspūdį ir nėra

jokių komplikacijų pavojaus ir kai gydytojas kiekvienu trumpiausiu laiku gali būti pakviestas prie ligonio. Šitoji aplinkybė kaip tik ir yra opiausia mūsų krašte. Dažnai tenka išgirsti iš pacientų, jog gydytojas nebuvo kviestas del to, kad jis gyvena labai toli, ir jog tikėtasi sveikatos būtį pagerėsiant savaime. 8 ar 12 klm. nėra didelis nuotolis ten, kur keliai yra geri ir kur gydytojas turi savo žinioje auto. Bet pas mus yra kitaip. Keliai labai prasti, autobusų ne visuomet galima gauti, ir praeina daug daug valandų, kol gydytojas pasiekia ligonį. Del to provincijos gydytojai turi stengtis paveikti visuomenę, kad tokie ligoniai kogreičiausiai būtų gabenami į ligoninę. Net tokiais atsitikimais, kur gydytojas neranda pavojaus, dar jam negrįžus namon, gali įvykti katastrofa. Jūs visi sutiksite su manim, kad mūsų sąlygomis vienintelė tinkama priežiūra gali būti ligoninėje. Mes, gydytojai, tuo geriau galėtume patarnauti ligoniams, juo labiau mes savo žinias bei veiksmus suderintume su vietos sąlygomis. Ir kaip tik, mūsų vietos sąlygoms esant, kiekvienas ūmus neaiškus susirgimas, kuris galėtų sudaryti kad ir mažiausią komplikacijos pavojų, reikėtų tučtuojau siųsti į ligoninę. Del apendicito, aš tikrai kalbu savo kolegų specialistų vardu, prašydamas kiekvieną atsitikimą, kad ir lengviausią, tuojau siųsti į ligoninę. Aš gerai žinau, kad miesto ir valsčiaus valdybos šitą mano pasiūlymą paneigs del perdidelių išlaidų. Tačiau tokis apskaičiavimas bus neteisingas. Jei tik vienoje ligoninėje, kaip kad, pav., mūsų, iš 180 apendicito atsitikimų yra buvęs trečdalis sunkių ir komplikuotų, tai vien jau to pakanka įrodymui, kad valstybinės įstaigos labiau apsunkinamos, negu kai ligoniai tuojau, būdami ūminėje stadijoje, patenka į ligoninę. Nekomplikuotų apendicitu sergąs ligonis laikomas ligoninėje apie 9—10 dienų, komplikuotu gi sergąs ligonis — daug ilgiau, kai kada ir kelias savaites, nes negalimas pirminis pilvo uždarymas, operacijos vieta turi būti drenuojama ir sunkus pūliavimas trunka savaites. Be to, dar ligoniai būna gydomi ambulatoriškai, nes mes išrašome juos tuojau, kai tik galima ligoniams pritaikyti ambulatorinis gydymas. Tas gydymas irgi kaštuoja daug pinigų, ir be to, dažnai tenka daryti antrinės operacijos, kaip, pav., del pilvo hernijos, arba appendektomia secundaria. Jei viešosios įstaigos patikrintų šitą mano apskaičiavimą, tai rastų, kad ankstyvas apendicito nusiuntimas į ligoninę yra pigiausias. Mūsų gydytojų, tikslas yra pasiekti geriausį rezultatą ir kartu atsižvelgti į taupumo principą.

Mano šitos pažiūros teisingumui įrodyti noriu jums, Gerb. Kolegos, pranešti apie mūsų operacijų rezultatus. Nebuvo operuota tik vienu atsitikimu, būtent, 65 metų amž. moteris, kuriai, mano nuomone, apendicitas turėjo praeiti savaime be jokio pavojaus, tuo tarpu, kai operacija, del įvairių medici-

niškų priežasčių atrodė būsianti pavojinga. Pacientė apleido ligoninę sveika ir neoperuota, tuo tarpu operacija būtų buvusi jai pavojinga.

Iš 188 atsitikimų mirė 3. Vienas mirė 7-tą dieną po operacijos, keldamasis iš lovos, nuo embolijos. Tai buvo pacientė, kuri pirmiau buvo operuota del sunkios Basedow'o ligos, ir dabar operuojama dar turėjo šitos ligos simptomų. Antrasis mirė nuo cholangito, kuris pasidarė tuo metu, kai pacientas buvo pa's mus atgabentas su ileus'o reiškiniais. Čia aš atidariau apendicitinį abscesą, tikėdamasis pašalinti ileus'ą. De facto pacientas mirė nuo savo cholangito. Trečiasis atsitikimas — vidutinio amž. moteris, kuriai irgi buvo atidarytas abscesas, nes buvo ileus ir bloga būtis vis dar sunkėjo. Pacientė mirė nuo plaučių oedem'os ir širdies silpnumo. Turint galvoje mano operacijų rezultatų ir mirtingumo priežastis, tiesioginis mirtingumas sudaro procento dalį sunkiausiais ir komplikuotais apendicito atsitikimais. 185-iais atsitikimais apendicitas buvo pašalintas. Savaime suprantama, kad radikalinė intervencija pašalina ligą, nes pasilikęs appendix'as sudaro pavojaus šaltinį. Jei pacientui operacija nepavojinga, tai appendix'as turi būti pašalintas ir tuo būdu ligos židinys panaikintas. Paminėdamas mūsų rezultatus, turiu priminti, kas aukščiau yra išdėstyta, ir pabrėžti, kad mirtingumas sudaro tik dalį procento, bet ligos laikas ir išlaidos būtų buvę daug mažesni, jei tie ligoniai laiku į ligoninę būtų atgabenti. Mes vis dažniau apendicitų atvejais vartojame vietinę anesteziją ir tuo būdu išvengiame pooperacinių narkozės komplikacijų ir tuo būdu ligoniai anksčiau būna paleidžiami namon. Ypatingai tai pasireiškė skrandžio chirurgijoje, kur aš visas operacijas atlieku splanchnicus'o anestezijoje.

Baigdamas aš turiu dar pridurti, kad geriau viena bereikalinga appendectomia, negu viena pražiopsota operacija; įgudęs chirurgas nėra apendektomanas, bet jis geriausiai mato pražiopsotų klastingų apendicitų padarinius.

Aš turėjau progos padaryti tik trumpą pranešimą šituo klausimu. Aš tik tada būsiu tikras, jei šitas mano trumpas pranešimas bus kiek naudingas, jei jis paskatins šitą klausimą toliau nagrinėti ir jei visos krašto ligoninės susirūpins šituo klausimu. Mes gydytojai turime atlikti mūsų pareigą — savo pacientus greitai padaryti sveikus ir darbingus. Mano pranešime paliestas klausimas yra labai susijęs su tautos ūkio ir sveikatos gerove ir gyventojų skaičiaus padaugėjimu. Lietuva priklauso prie mažų valstybių, ir, jei mes girdime, kad didžiosios valstybės stengiasi didinti savo gyventojų skaičių, tuo labiau tas klausimas turi rūpėti mums — ir šitą klausimą spręsti mūsų gydytojai turi ypatingą pareigą.

Zusammenfassung.

Das vermehrte Auftreten der Appendicitis und vor allem vieler ernster Krankheitsfälle hat den Verfasser veranlasst, eine kurze Untersuchung darüber anzustellen, ob hierzulande besondere Verhältnisse mitspielen. Verfasser geht kurz auf die pathologische Anatomie und Klinik ein und kommt dann zu dem Ergebnis, dass doch gewisse örtliche Verhältnisse dazu beitragen, die Krankheitsfälle von Appendicitis durch äussere Einflüsse zu komplizieren. Er gibt einige Anregungen, die man andernorts evtl. diskutieren könnte, um auf diese Weise dem Allgemeinwohle zu dienen.

Gyd. J. Mockevičius,
Vaikų klinikos jaun. asistentas.

Eritrocitų nusėdimo reakcija kaip diagnostinė priemonė ir nusėdimo greitumo tyrimas pagal Kanitz'ą.

(Iš V. D. U. Vaikų klinikos. Vedėjas — prof. V. Tumėnienė).

Daugybės kliniško ligonių tyrimo metodžių tarpe ne paskutinę vietą užima ir kraujo nusėdimo greičio tyrimas arba trumpai — nusėdimo reakcija. Beveik visos ligoninės ir įvairių specialybių praktikos gydytojai naudojasi šita reakcija, tačiau dažniausiai jos griebiamasi tais atsitikimais, kai tenka susidurti su asmenimis, suinteresuotais pasirodyti sveikais, nors patys subjektyviai tokiais nesijaučia, arba vėl, kai pacientui yra noras suvaidinti ligonį, arba kai, esant didesniam už pareikalavimą pasisiūlymui, gydytojas įpareigojamas atrinkti iš daugybės visų sveikiausius. Vis tat labai sunkūs uždaviniai, juo labiau, kad tenka vadovautis tiktai objektyviais tyrimų duomenimis, o jų toli nevisuomet pakanka. Čia nusėdimo reakcija neretai turi lemiamą balsą. Tačiau ir klinikoje ir privačiam gydytojui, kur pacientu galima pasitikėti, nusėdimo reakcija neretai padeda nustatyti diagnozę, padeda išspręsti terapijos klausimą ir kartais padeda tiksliau atspėti ligos galą.

Jau senovės graikų gydytojai darydavo tam tikrų diagnostinių išvadų iš to, ar kraujo krešulio paviršius raudonas ar gelsvas (crusta phlogistica) ir iš to gelsvo sluoksnio storumo, kurį laikė leukocitų kiekio rodikliu. Kraujo nuleidimų gadynėje — XVII šimtmetyje į crusta phlogistica buvo žiūrima kaip į materia morbi, kuri būdavo stengiamasi pašalinti iš kūno venaesectio būdu. Tada jau gydytojai žinojo, kad sunkių ligų metu crusta phlogistica daugiau ar mažiau esti ryškiai pasireiškusi, tuo tarpu kai sveikiems jos nėra. XVIII amž.

Hunter sistemiškai tyrinėjo eritrocitų nusėdimą. Jis net ieškojo, kame glūdi nusėdimo pagreitėjimas, ir tuo tikslu pernešdavo sergančio žmogaus eritrocitus į inflamacijos nepaliesto asmens kraujo serumą. XIX amž. Nasse nustatė eritrocitų agregacijos eigą ir, kad eritrocitų nusėdimo greitumas pareinąs nuo jų skaičiaus. J. Müller fibriną laikė medžiaga, agliutinuojančia eritrocitus. Ne mažesnės svarbos šitoje srityje Biernarki'o Otfried'o, Müller'io, Brat'o darbai maža keno tebuvo pastebėti, o vėliau ir visai užmiršti. Pagaliau 1917 m. Fahraeus Stokholme chirurgų-gynekologų kongrese padarė pranešimą apie eritrocitų nusėdimą, kaip apie reakciją nėštumui diagnozuoti. Šitas jo pastebėjimas buvo priimtas kaip naujas atradimas, nors iš tikrųjų tiek Fahraeus'o, tiek Linzenmeyer'io darbe nieko nauja nebuvo pasiekta. Jie pakartojo tiktai tat, kas jau anksčiau buvo išstudijuota. Tačiau jų paskelbimas nuskambėjo plačiau ir prigijo. Pastebėtina, kad 1920 metais Plaut, nepriklausomai nuo Fahraeus'o ir visai nežinodamas jo darbų, darė tyrimus šitoje srityje ir paskelbė apie kraujo nusėdimą nervų ir psichinių ligų metu.

Kai Fahraeus pastebėjo eritrocitų nusėdimo reiškinį, tai Bürker jį aiškino, kaip grynai fizikalinį paprastą apsireiškimą. Jo nuomone, eritrocitų nusėdimas ir jo greitumas pareiną nuo kraujo viskoziteto ir eritrocitų specifiško svorio. Specifiškas žmogaus kraujo svoris gana pastovus dydis: vyrų — 1.055—1.060, moterų — 1.050—1.056. Dar pastovesnis yra specifiškas kraujo plazmos ar serumo svoris — 1.027—1.030; eritrocitų svyravimo amplitudė gana didelė — 1.018—1.089. Viskozitetas pareina nuo kietųjų dalelių trynimosi, jų lipnumo ir traukos. Kai kurie nusėdimo reiškiniai Bürker'io aiškinimu galima suprasti, tačiau ne viskas.

Fahraeus'o nuomone, nusėdimo pagreitėjimas pareinąs nuo fibrinogeno ir globulino padaugėjimo kraujuje — nuo albuminų ir globulinų kvotiento pakitimo. Jo nuomonę sugriovė Duzar'o ir Ruszniyak'o darbai.

Seniausia ir įtikinanti yra Westergreen'o ir Linzenmeyer'io teorija. Normaliomis sąlygomis eritrocitai turį tam tikro didumo neigiamą elektros įlydį, dėl kurio jie veikią vienas antrą atstumdami. Tat neleidžią jiems sušokti į krūveles, nusėsti ir dėl to jie laikąsi plazmoje suspenzavęsi. Padaugėjus baltymų kiekiui kraujuje, kurie turi teigiamą elektros įlydį, neigiamas eritrocitų apkrovimas galįs būti suneutralintas iš dalies arba visai. Tuomet raudonieji kraujo kūneliai sušoką į krūveles ir nusėdą. Didžiausią teigiamą elektros įlydį turį globulinai, o ypatingai fibrinogenas. Jų padaugėjimas kraujuje labiausiai pagreitinąs eritrocitų nusėdimą. Globulinų kraujuje padaugėją, vykstant kūne vietiniam arba bendriniam irimo procesui —

dažniausiai esant infektui. Albuminai turį neigiamą elektros įlydį ir dėl to jų padaugėjimas kraujuje nusėdimą sulėtinąs. Pagal Bendein'ą ir Snapper'ą, albuminai nusėdimo greičiui jokios reikšmės neturį.

Bet kodėl prieš mirtį eritrocitų nusėdimas sulėtėja, neaišku. Westergreen mano, kad čia esanti kalta kacheksija. Tačiau ir sunkiausiais karcinominės kacheksijos atsitikimais nusėdimo sulėtėjimo dažniausiai nebūną, o prieš pat exitus tuberkuliozininkams beveik visuomet būną.

Nusėdimas pagreitėja terapinių procedūrų metu: pav., po dirginamosios terapijos, po karštos vonios, po aseptinių operacijų ir apskritai visur ten, kur vyksta baltymų destrukcija. Dirbtinai sukelta hypertermija be infekto nusėdimo pagreitėjimo neduoda. Tat įrodė Bernet su laboratoriniais gyvuliais.

Wölisch sako, kad eritrocitų nusėdimas esąs susijęs su kraujo krešamumu, kad tat pareiną nuo fibrinogeno stabiliškumo. Fibrinogeno stabiliškumą veikianti tam tikra medžiaga — fibrinogeno stabilizatorius. Toji medžiaga ultrafiltracijos pagelba jam pasisekę atskirti nuo baltymų. Tat esąs amfoterinis elektrolitas. Jo nuomonę iš dalies paremia ir Abderhalden, kuris jau 1921 metais nustatęs, kad eritrocitų nusėdimą veikiančios dializinės medžiagos.

György pastebėjo, kad kūdikių eritrocitų nusėdimas lėtesnis kaip kad suaugusiųjų. Kadangi jų yra pagreitėjusi fosfatų apykaita, tai ir kilo mintis, bene ji būsianti nusėdimo sulėtėjimo kaltininkė. Jei tat būtų teisinga, tai rachitikų, kurie turi kraujuje sumažėjusį fosfatų kiekį, eritrocitų nusėdimo greitis turėtų būti mažesnis. A. Stern ir Bernuth 20 rachitikų kūdikių rado nusėdimą lėtesnį, kaip kad kontroliniams sveikiems to paties amžiaus kūdikiams. Gydant rachitą ultravioletiniais spinduliais ir D vitaminais per keletą savaičių nusėdimas greitėjęs ligi normos. Tie tyrimai buvo daromi pavasariop, kada, pradėjus gyti rachitui, patologinė jo druskų apykaita kartais pasikeičia — pereina į spazmofilinę apykaitą, kai kraujuje fosforo kiekis būna padidėjęs, o sumažėja kalcio kiekis. Vienas Stern'o ir Bernuth'o tiriamas kūdikis eksperimento pabaigoje gavo laryngospasmus'ą ir tada kraujo nusėdimas jau buvo žymiai pagreitėjęs. Infundavę šuniui $\frac{N}{2}$ antrinio fosfato skiedinio, gavo eritrocitų nusėdimo pagreitėjimą. Dar ryškesnis pagreitėjimas gaunamas, padarius tat parathyreopryviniam šuniui, praėjus 4 dienoms po paratyreoidektomijos. Bahn'ui ir Bachman'ui pasisekė eritrocitų nusėdimo greitumas sumažinti intraveninėmis kalcio arba calcium chloratum injekcijomis. Be kalcio ir fosfatų, nusėdimo greitumui turi reikšmės chloridų kiekis (Frid-

mann), vandenilio jonų koncentracija (Šternberg, Kirčenkov) ir lipoidų kiekis kraujuje. Lipoidų — tiek cholesterino, tiek ir lecitino — kraujo nusėdimo lėtinamasis veikimas pareina tiktai nuo junginių, susidariusių iš baltymų ir lipoidų. Theorell įrodė, kad tarp bendrinio lipoidų kiekio ir eritrocitų nusėdimo greičio labai ryškaus sąsyjo nėra. Apskritai, lipoidų įtaka nusėdimo greitumui yra maža, kur kas mažesnė už baltymų.

Berezeller ir Wastl įrodė, kad nusėdimo greitumui turi įtakos deguonio ir angliarūgštės kiekių kraujuje santykis. Padidėjus CO_2 kiekiui — nusėdimas lėtesnis. Ar tas sulėtėjimas pareina nuo CO_2, kaip kad nuo specifiškos nusėdimą lėtinančios medžiagos, ar veikia netiesioginai padidindamas kraujuje vandenilio jonų koncentraciją — pasakyti sunku.

Westergreen, duodamas gl. thyreoidea, pastebėjo nusėdimo pagreitėjimą. Nustatyta, kad ne tiktai gl. thyreoidea veikianti nusėdimo greitumą, bet apskritai visa vidinė sekrecija ir vegetacinė nervų sistema turinčios įtakos (Lor, Barok, Mordvinkin ir kt.).

Lederer Heidelbergo klinikoje nustatė, kad anksti pavasarį vaikų eritrocitų nusėdimas pagreitėjąs be jokių kliniškų reiškinių, kartu padaugėjus kraujuje šarminėms atsargoms.

Nusėdimo greitumas ceteris paribus pareina nuo eritrocitų tūrio 1 kb. cm. kraujo, pav. esant eritrocitų tūriui 30, jų nusėdimo greitumas bus 2 kartus didesnis, kaip kad esant tūriui 40, o esant 20, beveik 4 kartus greitesnis kaip kad 40.

L. Hirszfeld, aprašęs kraujo nusėdimo pagreitėjimą maliarijos atveju (darbas atliktas Makedonijos fronte), manė, kad tas nusėdimo pagreitėjimas pareinąs labiausiai nuo eritrocitų kiekio kraujuje sumažėjimo. Šita mintis pirmą kartą pasirodė dar 1836 metais.

Kraujo nusėdimo greitumas pareina nuo plazmos, eritrocitų ypatumų ir plazmos kiekio su eritrocitų skaičiumi santykio.

Hirszfeld nustatė, kad tropinės maliarijos metu eritrocitų nusėdimas esąs labai greitas. Padaręs dirbtinai tokį patį kraujo plazmos eritrocitų santykį, pridėdamas eritrocitų emulsijos į maliarija sergančio serumą, eritrocitų nusėdimas buvęs normalus. Dėl to jis minėtą reakciją reikalauja daryti taip, kad eritrocitų tūris būtų visuomet vienodas.

Brokman ir H. Hirszfeld mėgino patikrinti Sachs'o ir Oettingen'o darbus (esant didesniam kraujo koloidų labiliškumui, eritrocitų nusėdimas esąs didesnis), ar eritrocitų nusėdimo greitumas pareina nuo plazmos koloidų pakitimo? Tyrimui pasirinko gimdančią moterį (kurios kraujo nusėdimas buvo 6—7 kartus greitesnis už naujagimio) ir naujagimį. Pridėdami motinos serumo ar plazmos naujagimio eritrocitams ir atvirkščiai, jie įsitikino, kad naujagimio

eritrocitų nusėdimas pagreitėjąs ne tik del to, kad kraujas daugiau atskiedžiamas, ir ne del elektrolitų, esančių plazmoje ar serume, nes naujagimio serumas arba plazma daug labiau nusėdimą tormozuoją, kaip kad Ringer'io skiedinys, pavartotas jo vietoje. Iš to ir kitų tyrimų jie nustatė, kad kraujo plazma turinti *2* ypatybes: 1) eritrocitų nusėdimo skatinamąjį faktorių ir *2)* suspenduojamąjį arba nusėdimo trukdomąjį faktorių. Kur yra suspenduojamojo faktoriaus patologinė reikšmė — neaišku. Taip pat sunku atskirti, ar tas suspenduojamasis faktorius pareina nuo tam tikros cheminės medžiagos ar nuo fizinės serumo koloidų būties. Izoliuoti naujagimio serumo albuminai ir globulinai eritrocitų nusėdimą kliudę beveik vienodai. Jiems gi tiriant elektrolitų trukdomąjį veikimą, pav., natr. citricum veikimą, pasirodė, kad įvairios kraujo rūšys įvairiai trukdomos. Nusėdimas greitai sėdančio kraujo trukdomas labiau, o lėtai nusėdančio labai mažai tetrukdomas.

Tormozuojamam natr. citricum veikimo punktui (ar jis veikia netiesioginai per plazmą ar tiesiog eritrocitus) nustatyti, autoriai vietoje plazmos pavartojo izoviskozinį kraujo plazmai 6% gummi arabicum - Ringer'io skiedinį, kurio $P_H = 7,6$. Eritrocitai, įdėti į tą Ringerio - gummi arabicum skiedinį, sėdą labai greitai ir tik retais atsitikimais plazmoje eritrocitai nusėdą greičiau, kaip kad tame izoviskoziniame gummi arabicum skiedinyje. Gummi arabicum skiedinyje natrium citricum visai kitaip veikianti lėtai ir greitai sėdančius eritrocitus — greitai sėdančių nusėdimą lėtinanti, o lėtai sėdančių — greitinanti. Kad elektrolitai veikia eritrocitų nusėdimą netiesioginai, pakeisdami globulinų stabiliškumą, tai tat iš dalies tiesa, bet jų tyrimai taip pat parodė, kad galį būti paveikiami ir patys eritrocitai, jų suspenzijos stabiliškumas galįs būti paveikiamas nepriklausomai nuo plazmos koloidų, pridėjus serumo arba elektrolitų. Taip greitai nusėdančio kraujo eritrocitai, nuplauti natrium citricum ir Ringer'io skiediniais ir įnešti į normalaus kraujo plazmą, nusėdę žymiai greičiau, kaip kad to paties kraujo (normalaus) eritrocitai. Ir atvirkščiai — greitai nusėdančio kraujo plazmoje lėtai nusėdančio kraujo eritrocitai nusėdę žymiai lėčiau, kaip kad greitai nusėdančio kraujo eritrocitai. Iš to matome, kad koloidiniai - cheminiai pakitimai sergančiame organizme vyksta ne tiktai jo skysčiuose, bet ir forminiuose kraujo elementuose.

Brokman'o - Hirszfeld'o darbai yra tuo reikšmingesni, kad jie savo tyrimams naudojęsi visai kita darbo metode. Svarbiausia jie žiūrėjo: 1) kad visuomet būtų tam tikras kvantitatyvinis eritrocitų su plazma santykis, *2*) kad visuomet būtų vartojamas pastovus santykis natr. citricum arba oxalicum su kraujo plazma, o ne su bendru kraujo kiekiu. Var-

tojant šitokią tyrimo metodę, kraujo hyperglobulia eritrocitų nusėdimui įtakos neturinti.

Reikia pasakyti, kad kiekviena minėta teorija turi savo šalininkų, o tat jau ženklas, kad klausimas neišspręstas, kad ligi šiol tikrai nežinome eritrocitų nusėdimo priežasties.

Be aukščiau minėtų momentų, nusėdimo greitumas gali svyruoti, kad ir nedaug, nuo reakcijos atlikimo technikos.

Kada darytina nusėdimo reakcija? Paros metas, kuriuo atliekamas nusėdimo tyrimas, neturi didelės reikšmės. Buscher, Josefowitsch, Mandelstam, Pupko ir kt. nurodo nusėdimo greitumo svyravimus paros metu ir kad tat pareiną nuo valgio priėmimo. Taip pat daugelis autorių (Bardach, Löhr, Lendertz, Wichmann ir Schröder, Bakall ir Rovinsky) paros metui ar valgio priėmimui jokios reikšmės neskiria arba taria ją esant tokią nežymią, kad visai neverta su ja skaitytis. Katz'o ir Rabinowitsch'o tyrimai parodė, kad ryto ir vakaro nusėdimo greitumas skiriasi 2 mm., ir, kad vakare nusėdimas yra greitesnis. Kraujo nusėdimo greitumui turi reikšmės maisto priėmimas, saulės šviesa, kūno judesiai. Pav., po pietų kraujo nusėdimas esąs greitesnis kaip kad iš ryto nevalgius. Nusėdimo greitumui turį įtakos ir medikamentai. Beveik visi autoriai nusėdimo reakciją pataria daryti iš ryto, ligoniui dar nevalgius ir nepriėmus vaistų (jei galima), kad kraujas būtų paimamas vienodomis sąlygomis, kad maistas, saulė, vaistai, judesiai jo greitumo nepakeistų.

Iš kur ir kaip paimti kraujo? Wail, padaręs 42 lygiagrečius kraujo nusėdimo tyrimus su krauju, paimtu iš venos ir iš kapiliarų, įduriant į pirštą arba į ausį (Pantschenkoff'o aparatu), jokio nusėdimo skirtumo negavo. Lendertz tvirtina, kad nusėdimo skirtumo nėsą ir tarp kraujo, imto iš venų ir iš arterijų. Lange ir Beckmann sako, kad nusėdimo skirtumas būsiąs nedidelis, kad ir imdami kraują iš venos sudarysime stiprų ir ilgą kraujo užtvenkimą. Taigi, kraujas reikia imti iš venos ir ranka užveržti prieš pat ėmimą.

Kad galėtų eritrocitai nusėsti, **kraujas neturi sukrešėti.** Kuo ir kaip tat padaryti? Tam reikalui vartojamos medžiagos, kurios neleidžia kraujui sukrešėti, kaip kad, pav., natrium citricum, natrium oxalicum, hyrudin'as, germanin'as („Bayer 205"), arba kraujas laikomas iš vidaus parafinuotose kolbose ar pipetėse, darant vadinamą natyvinį kraujo nusėdimą, kurį pasiūlė Boenniger ir Hermann 1923 metais. Visų greičiausias natyvinis nusėdimas gaunamas kolbose. Arčiausiai natyvinio nusėdimo yra atskiesto su oksalatu kraujo nusėdimas. Kraują sumaišius su hirudinu, jo nusėdimas dažniausiai gerokai atsilieka nuo natyvinio nusėdimo. Hirudin'o pliusas yra tas, kad su juo sumaišytas kraujas nepasikeičia ilges-

nį laiką (praėjus parai dar gaunami beveik tie patys nusėdimo duomenys), o tuo tarpu sumaišytas su oksalatu per keletą valandų pasikeičia (nusėdimas žymiai sulėtėja). Dažniausiai praskiedimas daromas su natrium citricum 5% ar 3,8%, kurių pastarasis (3,8) yra izotoniškas kraujo plazmai. Katras vartoti? Wail, padaręs lygiagrečių mėginimų su abiejų koncentracijų citratu, priėjo išvadą, kad žymaus nusėdimo skirtumo nebūna. Tačiau vartojant 3,8% skiedinį su mikrometodėmis (aprašyta su Pantschenkoff'o mikrosektimetru), daugiau būdavę nepasisekusių atsitikimų (sukrešėjimų), o, vartojant didesnės koncentracijos citratą, nusėdimas būdavęs keliais milimetrais lėtesnis. Tat patvirtina Mandelstam ir Pupko, kad, vartojant didesnę koncentraciją citrato arba imant didesnį jo kiekį, nusėdimo greitumas sumažėja. Haselhorst'o nuomone, vartojant nedidelius citrato koncentracijos svyravimus (1—5%), nusėdimo greičio skirtumas įdomus daugiau teoriškai, pavartojus didesnes koncentracijas (10%), nusėdimo sulėtėjimas galįs turėti jau ir praktiškos reikšmės.

Paprastai imama sol. natrii citrici 3,8% 1 dalis ir sumaišoma su 4 dalimis kraujo. Šitos citrato-kraujo proporcijos prisilaiko beveik visi, o natr. citricum vartojamas 5% (Linzenmeyer) ir 3,8% (Westergreen). Bönniger ir Hermann liepia kuo nors atskiesti tam tikroje proporcijoje ne kraują, bet tiktai kraujo plazmą. Imant tam tikrą santykį kraujo su citratu arba kitu praskiedėju, plazma bus labai nevienodai atskiedžiama, nes esti nevienodas eritrocitų tūris kraujo tūrio vienetoje. Jei, pvz., citrato santykis su plazma nustatytas 1:1, esant eritrocitų tūriui 75 (didelė policytaemia), tai, esant tūriui 50 (viršutinė normos riba), santykis jau bus 1:2; esant tūriui 25 (žymi anaemia), santykis bus 1:3; o esant eritrocitų tūriui 5—7 (sunkiausia anaemia), santykis bus 1:4. Kadangi eritrocitų tūriui nustatyti reikia geros centrifūgos, tai autoriai pataria pirmiau nustatyti hemoglobino kiekį, o eritrocitų tūrį apskaityti iš formulės: $V = \frac{Hb.45}{100}$. Ypatingos reikšmės plazmos praskiedimas tam tikroje proporcijoje su citratu turi kraujo nusėdimo sulėtėjimo studijoms, kurios yra dar tiktai užuomazgoje.

Ar turi reikšmės nusėdimo greitumui diametras vamzdelio, kuriame supilamas nusėdimui kraujas? Kaufmann, dirbęs su vamzdeliais nuo 35 mm. ligi 1 mm. diametro, jokio skirtumo nusėdimo greitume neradęs. Linzenmeyer sako, kad, sumažinus kapiliaro diametrą ligi ¼ mm., vamzdelio kapiliariškumas eritrocitams nusėsti dar nekliudąs. Taip pat ir daugelis kitų autorių, kaip kad Horvat, Gragert, Haselhorst, Wachholtz, lygindami nusėdimą makro- ir mikrokapiliaruose, skirtumo neradę, arba radę nežymų.

Be to, Wail siūlo prisilaikyti tokių taisyklių: 1) kapiliarai ar vamzdeliai, prieš vartojami, turį būti sausi ir švarūs; 2) reakcija turinti būti atliekama kiek galima greičiau, kad nepasikeistų kraujo ir citrato santykis; kraujas su citratu turįs būti gerai sumaišytas; 3) natrium citricum skiedinys turįs būti imamas kąs savaitė šviežias (Pantschenkoff siūlo skiedinį prieš vartojant patikrinti lakmuso popieriu — skiedinys virstąs neutraliu, kas kliudo reakcijai); 4) kambario temperatūra, kur daroma reakcija, turinti būti vienoda, 14—16°C. Esant žymiai šiltesnei aplinkumai, eritrocitų nusėdimas būsiąs pagreitėjęs; 5) eritrocitų skaičius kraujuje, jei jis mažai tenukrypęs nuo normos, neturįs jokios įtakos nusėdimo greitumui; 6) nusėdimo greitumas nepareinąs nuo kūno temperatūros. Vamzdeliai, kuriuose vyksta nusėdimas, turį stovėti vertikaliai.

Tyrimo metodės galima suskirstyti į 3 grupes: 1) Linzenmeyer'io, 2) Westergreen'o ir 3) Bönniger'o-Hermann'o tipai. Be tų grupių, dar skirstoma į makro-ir mikrometodes, kurios viena nuo antros tesiskiria reikalingo kraujo kiekiu ir pastatomos pipetės diametru.

Linzenmeyer ima sol. natrium citrici 5%—0,2 kb. cm. ir į tą švirkštą pritraukia kraujo ligi 1,0 kb. cm. Kraują su citratu gerai sumaišo ir išpila į specialų 5 mm. diametro mėgintuvėlį ligi „1“ brūkšnelio. Mėgintuvėliai pakabinti už viršaus tam tikrame pastole (štatyve). Pastačius kraują, įregistruojamas laikas, per kurį kraujas nusėda ½ viso stulpo aukštumo — ligi „18 mm.“ brūkšnelio.

Linzenmeyer - Rauner t'o mikro-metodė. Pipetė 25 cm. ilgumo 1 mm. diametro, kurios kiek arčiau viršutinio galo yra pūslelės formos išsipūtimas. Į ją įtraukiama sol. natrii citrici 5% ligi 1 brūkšnelio, paskui — kraujo ligi 3 brūkšnelio, o paskui, įtraukiant viską į pūslelę ir išpučiant, sumaišomas kraujas su citratu. Paskui pastatoma taip, kad kraujo stulpo apatinis galas stovėtų ties 1 brūkšneliu, o viršutinis ties 3. Įregistruojamas laikas, per kurį kraujas nusėdo ligi 2 brūkšnelio.

Poindeker'o ir Siess'o metodė. Yra specialus vamzdelis, kurio kapiliaras yra 1 mm. diametro. Imama juo sol. natrii citrici 5%—1 dalis, kraujo 4 dalys ir sumaišoma. Vamzdelis, pritraukus į jį kraujo, įstatomas į vertikaliai stovinčius rėmelius. Kapiliaras be padalinimų. Įregistruojamas laikas, per kurį kraujas nusėdo pusę stulpo aukštumo.

Apskritai, Linzenmeyer ir jo modifikatoriai nustato laiką, per kurį nusėda eritrocitai ½ pastatyto stulpo aukštumo ir naudojasi 5% natrii citrici skiediniu. Kadangi metodė nepraktiška (negalima atsitraukti nuo pastatyto kraujo kartais kelias valandas), tai dabar retai kur tesutinkama.

Westergreen'o - Fahraeus'o ir Plauť'o metodžių prototipai. Fahraeus imdavo sol. natrii citrici 3,8%— 2,0 kb. cm. ir sumaišęs su 8 kb. cm. kraujo, pastatydavo mėgintuvėlyje.

Plauť'o metodė. Mėgintuvėlis, kurio vidus 1 cm. diametro, 10 cm. aukščio padalytas į 100 dalių. Paimamas į tą mėgintuvėlį sol. natrii citrici 1,1% ligi brūkšnelio 25 ir pripilama gauto iš venos ar iš sinus sagitalis (!) kraujo ligi 100. Viršutinis mėgintuvėlio galas uždaromas. Kraujas su citratu sumaišomas, vartant mėgintuvėlį. Čia reikia apie 5 kb. cm. kraujo. Tiek Fahraeus'o, tiek Plauť'o metodės yra atgyvenusios savo amžių. Jas pakeitė Westergreen'o metodė.

Westergreen paima sausu švirkštu 0,4 kb. cm. sol. natrii citrici 3,8% ir toliau iš ką tik užspaustos rankos į tą patį švirkštą įtraukia kraujo ligi 2 kb. cm. Išpilamas kraujas kartu su citratu į taurelę, sumaišomas ir įtraukiamas į pipetę 200 mm. ilgio ir 2,5 mm diametro ligi brūkšnelio 0, paskui pastatomas į pastolą. Atskaitoma kiek mm. nusėdo per 1 val. ir per 2 valandas.

Iš Westergreen'o mikrometodžių minėtinos šios: Pantschenkoff'o mikrosendimetras. 1 mm. diametro kapiliaras suskirstytas 100 mm. (bendras aukštumas 160 mm.). Ties 50 yra raidė „P“ ir ties 0 „K“. Įtraukiama sol. natrii citrici 5% ligi raidės „P“ ir išpilama ant laikrodžio stiklelio. Po to iš įdurto piršto į tą pačią pipetę 2 kartus įtraukiama kraujo ligi brūkšnelio „K“ ir išpilama į sol. natrii citrici ant laikrodžio stikliuko. Įtraukiant ir išpučiant sumaišomas kraujas su citratu. Paskui pritraukiamas kapiliaras ligi ženklo „K“ ir pastatomas į pastolą. Čia kraujo santykis su citratu bus 4:1. Šita metodė yra paplitusi Rusijoje.

Langer'o ir Schmidt'o metodė. Vartojamas 2,5 mm. diametro, 9,5 cm. ilgumo kapiliaras. Į jį įtraukiama sol. natrii citrici 5% ligi brūkšnelio „C“ („Citrat“). Po to iš ausies grybelio pjūvio (padaryto skalpeliu!) įtraukiama 4 kartus tiek kraujo — ligi brūkšnelio „B“ („Blut“). Greitai viskas išpučiama ant celuloidinės plokštelės, sumaišoma ir vėl įtraukiama ligi brūkšnelio „O“. Paskui šito kapiliaro apatinis galas įstatomas į truputį platesnį vamzdelį, kuriame įpilta ¼ cm. aukščio Hg. Metodės pranašumas yra tas, kad ten reikia tiktai 0,12 kb. cm. kraujo ir nereikia jokių pagelbinių prietaisų.

Kanitz'o aparatas paskelbtas 1934 m. Aparatas susideda iš pastolo, pipečių, kurių diametras 1 mm., aukštumas 200 mm., suskirstytas milimetrais ir ant viršutinio galo yra guminė kepurėlė, su kuria kraujo citrato mišinys įtraukiamas

į pipetę. Be to, yra speciali kraujui paimti pipetė, labai panaši į leukocitams skaičiuoti pipetę, kuri turi 2 brūkšneliu: ties pirmuoju brūkšneliu pažymėta 0,025, ties antruoju — 0,125. Paimama sol. natrii citrici 3,8% ir įtraukiama į kraujui paimti pipetę ligi brūkšnelio 0,025, toliau iš įdurto piršto ar ausies įtraukiama kraujo ligi 0,125 brūkšnelio. Greitai viskas išpučiama į specialų stiklinį mėgintuvėlį ir įtraukiant vėl visa į pipetę ir išpučiant sumaišomas kraujas su citratu. Paskui imamas kapiliaras ir pamažu sukant ir keliant guminį antgalį pritraukiama ligi 0 ir pastatoma į pastolą. Apatinis kapiliaro galas čia prispaustas prie specialios guminės plokštelės, padėtos ant pastolo stalo. Tereikia tiktai 0,1 kb. cm. kraujo. Aparatas dar vadinamas mikrovestergrenu, nes panašus į Westergreen'o aparatą.

Westergreen ir jo modifikatoriai skiriasi nuo Linzenmeyer'io tuo, kad jie suskaito, kiek mm. nusėdo kraujo per tam tikrą laiką (1 val., 2 val. ir kartais 24 val.) ir beveik visi vartoja izotonišką (3,8%) natrium citricum skiedinį.

Kalbėdamas apie eritrocitų nusėdimo priežastį, esu minėjęs, kad Bönniger - Hermann ir Brokman su H. Hirszfeld'u reikalauja, kad pastatomo nusėdimui kraujo plazma, o ne visas kraujas, būtų visuomet vienodai atskiedžiama su neleidžiančia sukrešėti medžiaga ir kad pastatomo nusėdimui kraujo tūrio vienetoje būtų tas pats eritrocitų tūris.

Bönniger ir Hermann daro šitaip: Į 1.000 kb. cm. kraujo prideda ne natrium oxalicum skiedinio, bet 1—2 gr. druskos. Kad nereikėtų kiekvieną kartą natrium oxalicum sverti, turi matuoti stiklelį, kuriuo atmatuojama apie 6 miligr. natrium oxalicum druskos. Toks atmatavimas pakankamas, nes tik žymūs natrium oxalicum kiekiai pakeičia kraujo nusėdimo duomenis. Tie 6 miligr. druskos supilami į 5 kb. cm. švirkštą. Iš ką tik ir nestipriai užspaustos rankos pritraukiama 3 kb. cm. kraujo. Įtraukiamas po to dar oro burbulas ir juo maišant ištirpinamas ir sumaišomas kraujas su druska. Išliejama 1—2 lašai kraujo, kuris buvo adatoje ir kuris su natrium oxalicum nebuvo susimaišęs. Likusi kraujo dalis supilstoma į plonus vamzdelius ir pažymima, kiek milimetrų nusėdo per tam tikrą laiko tarpą (1 val., 2 valandas).

Šitas tyrimo būdas nusižengia jų pačių pažiūroms tuo, kad reikia gauti pastovus santykis tarp kraujo plazmos ir neduodančios sukrešėti medžiagos. Tačiau tokį tyrimo būdą jie daro tiktai mokslo reikalams. Praktikos tikslams pasitenkina aukščiau aprašytąja metode, o mokslišku tyrimu reikia surasti nusėdimo greitumas kiekvienam eritrocitų tūriui ir pagal tą greitumą spręsti apie gautąjį nusėdimą. Jie tvirtina, kad skirtumas tarp vyro ir moters kraujo eritrocitų nusėdimo

greitumų pareinąs tiktai nuo nevienodo eritrocitų tūrio kraujo tūrio vienetoje.

Brokman ir H. Hirszfeld daro šitaip: Į graduiruotą centrifūgos mėgintuvėlį įpila sol. natrii citrici 2% 1 kb. cm. Toliau paimama iš venos ar iš sinus longitudinalis kraujo ir greitai supilama į tą patį mėgintuvėlį ligi 6 kb. cm. Gerai sumaišomas kraujas su citratu ir stipriai centrifūguojamas 15 minučių. Suskaitomas bendras skysčio tūris (be nuosėdų), o iš jo sužinomas ir plazmos tūris (bendras tūris minus citrato tūris). Visas skystis nusemiamas ir prie jo pridedama tiek sol. natr. citricii, kad jo santykis su plazma būtų 1:1. Po to imama 0,2 kb. cm. eritrocitų, 1,8 kb. cm. paminėto plazmos su sol. natrii citricii mišinio, sumaišoma, pritraukiama pipetė su 100 padalinimų milimetrais — ligi viršutinio brūkšnelio. Laikydami apatinį jos galą pirštu, viršutinį užlipiname plastilenu ir pastatome į pastolą. Stebima nusėdimo eiga kas 10 minučių. Užrašoma kiek mm. nusėdo per 1 valandą ir 2 valandas.

Tiek Bönniger - Hermann'o, tiek Brokman - -Hirszfeld'o metodės, norint jas atlikti lege artis, gana painios, reikalauja geros centrifūgos (su 4—5.000 kartų apsisukimų per minutę), už tat sunkiai prieinamos ir plačiai nevartojamos. Tat jau pripažįsta ir patys autoriai. Bet kad šita nauja tyrimo metodė yra tiksli ir daug žadanti — aiškinti netenka.

Kuris normaliai būna nusėdimas? Naujagimiams labai lėtas — 1—2 mm. per valandą. Yllpö mano, kad taip yra del to, kad juose būnąs acidosis, kuris pranykstąs, sukakus naujagimiui 1—2 mėnesiams. Hille gi aiškina tuo, kad tuo metu kraujuje esą maža fibrinogeno. Dar galėtų būti kalta hyperglobulia.

Nuo 1—2 mėnesių nusėdimas palengva greitėja ir jau nuo 3 mėnesių būna greitesnis kaip kad suaugusiųjų — apie 12 mm. per valandą (Gyorgy, Nadolny, Bardach). Nusėdimas greitėja ligi 6 mėnesių, o nuo 6 mėnesių pradeda pamažu kristi, nors tuomet koloidų labiliškumas yra didesnis. Hilles nuomone, nusėdimą lėtinąs kompensacinis druskos jonų veikimas. Nusėdimo greitumo lėtėjimas eina ligi 2 metų, o nuo 2 metų jis jau labai artimas suaugusiųjų nusėdimo greitumui. Suaugusiems Westergreen'o nustatyta norma — vyrams 3—7 mm. per valandą, o moterims 7—11 mm. Ligi 10 metų nusėdimas toks pat ir berniukų ir mergaičių. Pasak Dehoff'o, vaikams tarp 1½ ir 14 metų normaliai kraujas nusėda 3—7 mm. per valandą. Asal ir Falkenheim mano, kad nuo pusantrų ligi 10 metų eritrocitų nusėdimas galįs būti tarp 6—14 mm. per valandą. Bakal ir Rowinsky tvirtina, kad ligi subrendimo amžiaus nusėdimas normaliai būnąs tarp 5—11 mm. per valandą. Pagal Westergreen'ą, nuo

4 metų vaikų nusėdimas normaliai esąs 7 mm. ir aukščiausia normos riba — 11 mm. per valandą. Tos pačios nuomonės yra Rennenbaum, Weise ir kt. Bilucaglia, Giovani, Aroni tvirtina, kad ligi 12 metų lytinio skirtumo nusėdimo greitume nėsą. Domarus sako, kad 5 mm. nusėdimo diferencija praktiškos reikšmės neturinti — normaliai tiek gali būti pagreitėjęs arba sulėtėjęs. Greisheimer, Myers ir Peterson (anglai) tyrė nusėdimą 152 vaikų tarp 6—17 metų ir rado: berniukų nusėdimas truputį lėtesnis kaip kad mergaičių ir greitesnis kaip kad suaugusiųjų. Svoris ir hemoglobino kiekis neturįs reikšmės nusėdimo greitumui. Skirtumo nusėdimo greitume tirtojo amžiaus ribose nepastebėję.

Rusų autoriai Bielaja ir Norkina sako, kad vaikų amžiuje normaliai kraujas nusėda 7—15 mm. per valandą, tuo tarpu, kai Vakarų Europos beveik visi kaip viršutinę normos ribą ima 11 mm. per valandą.

Nusėdimo greitumo laipsniui pažymėti vartojama sulėtėjęs nusėdimas, normalus nusėdimas, pagreitėjęs ir žymiai pagreitėjęs. Ką reiškia kiekvienas tų pasakymų, praktiškai rasti beveik negalima. Man prieinamoje literatūroje radau tiktai vienoje vietoje (Sovietų pediatrijoje). Ten Bielaja taip sako: greitumas ligi apatinės normos ribos 0—7 mm. per valandą vadinamas sulėtėjusiu; nuo 7—15 mm. — normaliu; nuo 15—20 mm. — pagreitėjusiu ir daugiau kaip 20 mm. — žymiai pagreitėjusiu.

(b. d.)

Gyd. A. Gulbinas,
Odos ir ven. ligų klinikos vyr. asistentas.

Išorinių genitalijų pirminė difterija.

(Iš V. D. Un-to Odos ir veneros ligų klinikos — Vedėjas — doc. med. dr. Br. Sidaravičius)

Išorinių genitalijų pirminė difterija yra retai pasitaikąs susirgimas. Ją pirmasis aprašė prieš didįjį karą Lotte Lande. Literatūroje, kaip kazuistinių atsitikimų, šitos rūšies aprašymų sutinkame retai. Skvorcov rusų literatūroje nurodo del difterijos mirusių vaikų statistiką, kurioje randama tik 0,55% mirusių del išorinių genitalijų pirminės difterijos. Gilon Ver 25 metų savo gydytojo praktikoje sutikęs vieną pirminės difterijos ant išorinių genitalijų atsitikimą su opomis genitalijose, kirkšnyse ir pilvo apatinėje dalyje. Kiss aprašė pirminę difterijos lokalizaciją vulvoje ir vaginoje su širdies komplikacija. Ver, aprašydamas mergaitės 2½ metų amž. pirminę vulvos difteriją, pastebi, kad del maža randamų dif-

terijai būdingų simptomų genitalijų difterijos diagnozė esanti sunki. Sewestze ir Martin buvo tos nuomonės, kad išorinių genitalijų pirminio difterija susirgimo nėsą, bet įvykstąs kaip antrinis susirgimas, perneštas iš tame pačiame asmenyje esamo viršutiniuose kvėpuojamuose takuose pirminio židinio. Morozov surinkęs 1.183 ligonius, sirgusius nosryklės difterija, ir nė vieno neradęs, kad būtų persirgęs difteriją ant išorinių genitalijų. Schamin per 1928—1929 metų difterijos epidemiją matęs 23 ligonius, sirgusius išorinių genitalijų difterija, iš kurių 6 ligonės sirgusios pirmine išorinių genitalijų difterija nėsant nosies ir ryklės gleivinių difterinio susirgimo.

Mano aprašomos ligonės, sirgusios išorinių genitalijų difterija, nosryklės gleivinės rastos sveikos.

Lig. ist. 4232 nr. 1936 m. XI. 24 d. Marijona V., 8 metų amž., atvyko į kliniką nusiskųsdama, kad ant genitalijų, kirkšnyse, gluteus ir in creta ani srityse atsiradę įvairaus didumo labai skaudamų opų. Ligonei šlapinantis ypatingai dideli skausmai vulvos ir in creta ani srityse.

Anamnezė. Ligonė susirgusi prieš 2 savaites. Pirmas dienas vaikščiojusi ir motinai nesisakiusi, kad serganti. Po 3—4 dienų pradėjusi skųstis: silpna, skaudą tarp kojų ir del skausmų bijanti šlapintis. Šlapinimosi metu del skausmų ligonė verkusi ir šaukusi. Apžiūrėjusi motina mačiusi didelį paraudimą ir opas ant didžiųjų gėdos lūpų, kirkšnyse ir ant sėdimų vietų. Aplinkiniuose gyventojuose nei difterijos nei kitokių retesnių susirgimų tėvai negirdėję.

Stat. praesens. Ant labia majores išorinių ir vidaus paviršių ir ingvinalinėje dešiniojoje srityje yra įvairaus didumo ir formos gilių nelygiais, aštriais kraštais opų. Opų dugnas pasidengęs pilkomis šviesesnėmis ir tamsesnėmis plėvėmis. Aplinkui opas yra stiprus paraudimas. Plėvės prie opų dugno prikibusios; atplėšus kraujuoja. Tokių pačių opų yra gluteus'o srityse ir in creta ani. Nosryklės gleivinės normalios. Kvėpuoja lengvai, neužkimusi. T°. 38,2°C. Savijauta bloga.

Gydymui paskirta su kalium hypermanganicum sėdima vonia ir ung. diachylon.

XI. 25 d. Opos nesivalo, skausmai šlapinantis nemažėja, ligonės savijauta stat. idem. Opose streptobacillus. Ducrey ir bacillus Löffleri nerasta. Pasėta ant maitinamųjų medžiagų kultūra.

XI. 26 d. Pasėlyje Löffler'io bacilų neišaugo. Suleista intramuskuliariškai 10.000 E. antidifterinio serumo.

XI. 30 d. Po serumo suleidimo rytojaus dieną temp. 36,8°C. Savijauta žymiai pagerėjo, opų jautrumas truputį sumažėjo. Opos pradėjo valytis.

X. 5 d. Aplink opas paraudimas pranyko, opos išsivalė, jų dugne matomą granuliaciją. Mažesnės opelės baigia gyti. Šlapimų paliestos opos skauda mažai. Ligonės savijauta gera.

XII. 10 d. Visos opos baigia gyti. Cor — nieko ypatingo. Ligonė pradėjo vaikščioti, išrašyta.

Manoma, kad difterijos lazdelytės pro sveiką odos epidermi į odą įsiskiepyti nepajėgiančios. Todėl susirgimas dažniau paliečia tas odos vietas, kur dažniau pasitaiko odos sužalojimų, pav. įvairaus pobūdžio išbėrimai, iššutimai, mechaniški sužalojimai nagais, sergant niežais, turint pediculosis etc.

Morfologiniu atžvilgiu odos difterija skirstoma į: 1) pseudomembraninę, 2) ulcerinę - ulcerogangreninę, 3) ekzeminę, 4) pyoderminę formą ir 5) progresuojančią difterinę flegmoną. Tarp suminėtų formų gali būti įvairių kombinacijų ir perėjimų iš lengvesnių į smarkesnes formas. Mano aprašomas susirgimas pagal kliniškus duomenis priklauso prie vidutiniškai sunkios formos — ulcerinės formos. Šita difterijos forma komplikacijas iš kraujo apytakos ir nervų pusės dažniau duoda negu pseudomembraninė ir daug rečiau negu flegmoninė forma.

Diagnozei nustatyti svarbu opose susekti difterijos bacilų, bet tatai dažnai nepavyksta. Nepavykus susekti Löffler'io bacilų, diagnozė tenka statyti provizoriškai, pasirėmus tik anamneze ir kliniškais ligos duomenimis. Tokiuo atsitikimu diagnozę galutinai patvirtina efektingas suleisto antidifterinio serumo veikimas visiems ligos reiškiniams.

Diferencijuoti tenka su ulcera luetica, ulcus molle, ulcus vulvae acutum, ulcus gangrenosum, ulcus tbc. ir noma. Atsižvelgiant į didelį difterinių opų skaudamumą ir kitus joms tipingesnius simptomus, anamnezę ir blogą ligonio savijautą, atskirti jos nuo visų kitų opų kad ir sunku, bet apytikriai galima.

Prognozė pareina nuo ligonio amžiaus, ligos išsirūtuliavimo formos ir laiko, kada yra nustatyta diagnozė. Esant pirmoms lengvesnėms formoms, ligos eiga yra lėta. Iki bus nustatyta diagnozė, liga gali trukti keletą savaičių. Komplikacijos iš širdies ir nervų pusės yra retos. Esant gangreninei ar flegmoninei formai del dažniau pasitaikančių komplikacijų, prognozė yra blogesnė. Postdifteriniai akių raumenų, liežuvėlio, diafragmos, kojų raumenų paralyžiai pasitaiko retai. Laiku nustačius diagnozę ir pritaikius specifišką gydymą, genitalijų difterijos, palyginus su viršutinių kvėpuojamųjų takų difterija, prognozė quo ad sanationem et quo ad vitam yra gera.

Terapija — pirmoje vietoje antidifterinis serumas. Antidifterinio serumo patariama vaikams leisti 500 E. pro klg. kūno svorio. Lokaliai taikyti antiseptica: kalium hypermanganicum, liq. Burowi, resorcinum, hydr. oxycyanatum etc. Paskutiniu laiku, nustačius stiprų baktericidišką chinino derivato veikimą, lokaliai pradėtas vartoti eukupinas. Biberstein siūlo vieną kartą suvilgyti opas sol. eucupini basici 5% in sol. alcohol. 50% ir po to dėti eucupin hydrochloricum 2% tepalą. Taip gydant per 48 val. opose išnykstą difterijos bacilai. Panašius rezultatus duodąs, pasak Biberstein'o, ir 1% rivanolio vazelinas.

Esant blogai savijautai ligonis reikia laikyti lovoje. Mūsų ligonei, nustačius provizorinę diagnozę, suleista 10.000 E. antidifterinio serumo ir lokaliai panaudotos kalium hypermanganicum sėdimos vonios ir ung. diachylon. Pradžioje jokio pa-

gerėjimo negauta. Suleidus antidifterinio serumo - Behring, ligonės savijauta greitai pagerėjo, opos tuojau pradėjo valytis ir gyti, ligonė po keliolikos dienų išsirašė visiškai sveika.

LITERATŪRA.

1. Prof. Leopold Arzt u. Prof. Karl Zieler: Die Haut und Geschlechtskrankheiten. B. III. 1934.
2. Dr. Fritz Collomon: Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen. 1924.
3. Dr. Christie: Vulvovaginitis diphtherica. „Derm. Zeitschrift". 1927 m. 727 pusl. (referatas).
4. Jadasshon: Die Haut und Geschlechtskrankheiten. B. IX.1. 1929.
5. Dr. A. D. Jaworowskaja: Primäre Diphterie der äussere Genitalien bei kleinen Mädchen. „Derm. Woch." 1936 m. 11 nr., B. 102.
6. Prof. M. Pfandler u. Prof. A. Schlossmann: Handbuch der Kinderheilkunde. Bd. X. Die Hautkrankheiten des Kindesalters. 1935.
7. Sonnenschein: Diphtherie der äussere weibliche Genitalien. „Derm. Zeitschrift". 1929 m. 869 pusl. (referatas).

ZUSAMMENFASSUNG.

Der Autor teilt über einen Fall einer primären Diphtherie an den äusserlichen Genitalien mit.

Ein 8 jähriges Mädchen wurde in die Klinik der Haut und Geschlechtskrankheiten mit einer Temp. von 38,2°C gebracht. Auf den äusserlichen Genitalien, in der Glutei-gegend und in creta ani wurden einige, von verschiedener Grösse, tiefe Wunden festgestellt, die mit unreinen, grauen Belägen bedekt waren. Wenn man die Beläge herunterzunehmen Versucht, fängt es zu bluten an. Das Befinden der Kranken war schlecht. Beim urinieren starke Schmerzen in den Wunden. In den Wunden waren Diphtheriebazillen nicht festenstellen. Nach der Verabreichung von 10.000 Einheiten des Antidiphtherieserums, fiel die Temperatur am nächsten Tage bis zur Norm. Das Befinden hat sich gebessert, die Wunden reinigten sich ab. Wärend 15 Tage verheilten die Wunden und die Kranke wurde volständig gesund ausgeschrieben.

Dr. Anatolijus Zarcynas,
Valst. Psich. lig-nės moterų sk. vedėjas.

Mydriasis epileptica.

(Iš V. Psich. lig-nės. — L. e. vedėjo pareigas dr. V. Tekorius).

Šitokia tema Londone, tarptautiniame neuropatologų suvažiavime, vasarą 1935 m. labai žymus rusų mokslininkas prof. dr. L. S. Minor yra padaręs pranešimą, kuris buvęs, pasak profesoriaus žodžių, palankiai sutiktas. Šitas pranešimas ištisas atspaudintas Sovietų mėnesiniame žurnale: „Neuropatologija, psichiatria, psichogigiena" 1935 m. IV t., 12 sąs.

Šitame pranešime autorius teigia, esą jam pasisekę atrasti vienas, kad ir senas, epilepsijos sindromas, bet savo laiku nie-

keno tinkamai neįvertintas, kurio pagelba matematišku tikslumu (! mano šauktukas) esą galima nustatyti epilepsijos diagnozė, ligonio visai neatsiklausus ar negavus iš jo jokio pareiškimo, t. y. nesurinkus anamnezės. Į epilepsiją tuojau nurodą ligonio vyzdžiai. Kaip jau seniai visiems yra žinoma, epilepsinio priepuolio metumydriasis beveik visada esą pastebimas drauge su visišku absoliučiu vyzdžių sustingimu (Pupillenstarre).

Tiesa, žinomas prof. Sommer savo laiku iš kitos pusės atkreipė dėmesį į tai, kad vyzdžiai ir priepuolio metu galį visai normaliai reaguoti. Dar ir dabar vadovėliuose galima užtikti teigimas, kad šitas mydriasis + Pupillenstarre esą kaip tik tas „skiriamasis akmuo“ tarp epilepsijos ir hysterijos priepuolių. Tačiau rimti mokslininkai, kaip, pavyzdžiui, Pilcz, atsisakė laikyti šitą sindromą patognomišku epilepsijai, nes pastebėjo, kad ir hysterijos metu galįs būti mydriasis + Pstr., o, antra vertus, kaip jau esu minėjęs, epilepsijos metu gali ir nebūti šito reiškinio. Šitas mydriasis, anot Minor'o, galįs būti tik dviejų priežasčių padarinys, būtent: arba simpatinio nervo sudirginimo, vadinasi, dilatatoriaus sudirginimo, arba n. oculomotorii, vadinasi, sfinkterio paralyžiaus.

Pridursime čia, kad apskritai mydriasis'os priežastimi dar gali būti trečias galimumas, būtent, šitų dviejų aukščiau suminėtų priežasčių drauge, tuo pačiu metu, veikimas, kaip tat būna mydriatica vartojant. Be to, reikia čia pat pabrėžti, kad gali būti ne paralysis n. oculomotorii, o tik jo paresis, taip pat ir simpatinio nervo sudirginimas gali būti didesnis ar mažesnis. Pasak Minor'o, nėsą jokių abejojimų, kad mydriasis epileptica esąs n. sympaticus spazmas. Įrodymas: faktas, kad vyzdžiai reaguoja į šviesą jau 1–2 dienom praslinkus po priepuolio, dar mydriasis'ui esant.

Šita aplinkybė kaip tik kritusi prof. Minor'ui į akis, ir jis pradėjo sistemingai tirti epileptikų vyzdžius ne tik priepuolio metu, bet ir tarp priepuolių. Iš 294 jo ištirtų epileptikų, tik 153 turėję mydriasis, o likusieji 141 neturėję, vadinasi, tik 52% visų epilektikų turį, pasak Minor'o, tarp priepuolių mydriasis, ir štai del ko. Mat, prof. Minor konstatavęs, kad mydriasis laikąsis tik iki 2 savaičių po priepuolio; 2 savaitėms praėjus, jo ieškoti jau nereikią, nes retai tada tepasitaikąs.

Prof. Minor įsakmiai šitą aplinkybę pabrėžia, ir mes, betirdami savo epileptikus, turėjome ją galvoje. Be to, sergantiems petit mal ir Jacson'o epilepsija irgi nebūna mydriass'o fenomeno.

Iš šito pastarojo fakto Minor daro išvadą, kad „vulgarinė“ (taip profesorius vadina genuininę epilepsiją) epilepsija išeinanti iš tokių smegenų sričių, kuriose yra būdėjimo centras (Ekonomos), kuris, priepuolio laiku nualintas, liaująsis veikęs, ir delto atsirandąs patologiškas miegas; po Džeksoniškos epilepsijos

priepuolio, pasak profesoriaus, beveik niekada šitas patologiškas miegas nepastebimas.

Toliau prof. Minor aprašo, kaip jis tiria epileptikų vyzdžius, t. y. pačią tyrimo techniką, kurios mes stropiai laikomės savo epileptikus betyrinėdami.

Prof. Minor reikalauja, kad gydytojo kabinetas turėtų įeinamas duris priešais langą, kuris neturi būti saulės tiesioginiais spinduliais apšviestas, o tik nuo kito namo — mūro atmuštais spinduliais. Nėsant šitų sąlygų, reikią laikyti prieš ligonio akis družnas stiklas arba langas pridengti skaidria uždanga. Langas galįs būti ir iš šono, bet tada reikią ligonis pastatyti veidu prieš langą.

Ir štai, tokiose sąlygose ligonį tiriant, „jeigu Jums kris į akis ligonio labai išsiplėtę vyzdžiai," — moko prof. Minor, — „veskite jį iš lėto prie lango ir, jeigu arti lango ar jau pakeliui jo vyzdžiai susitrauks, susiaurės, tai trumpai jam pasakykite: „Tamsta, sergi epilepsija", — „ir jūs gausite iš jo teigiamą atsakymą beveik be jokių išimčių".

„Beveik be jokių išimčių"?! Tartum šitas sindromas būtų aptinkamas tik vieniems epileptikams, kas, iš tikrųjų, kaip pamatysime toliau, toli gražu neatitinka tikrenybės.

Paskui autorius, pasirėmęs jo surinktąja labai plačia literatūra epilepsijos klausimu specialiai ir vyzdžių fenomenų apskritai, įrodinėja, kad jis, girdi, pirmas atkreipęs tinkamą dėmesį į diagnostikos atžvilgiu labai brangintiną ir vertingą sindromą.

Tiesa, kiti autoriai, pavyzdžiui, Bach, Abel, Greis, Mel, dar savo laiku pastebėjo, kad mydriasis dar tam tikrą laiką po priepuolio laikąsis, bet neteikęs šitam reiškiniui jokios ypatingos reikšmės. Vėl gi kiti, kurie irgi yra pastebėję šitą sindromą, pavyzdžiui, kaip kad labai garsus epilepsijos žinovas Muskens, šaiposi iš jo, ir neranda reikalo nė vienu žodžiu palaikyti mydriasis'o svarbą epilepsijai, nes, Muskęns'o nuomone, mydriasis esąs neretai aptinkamas hysterikams... ir net helmintiazikams. Susipažinęs su gerb. prof. Minor'o straipsniu, panorau patikrinti jo jau à priori perdėtas entuziastiškas išvadas. Aschafenburg irgi savo laiku rašė, kad jeigu į jį kreipiasi depresijos slegiamas pacientas, turįs mydriasis, tai jis įtariąs epilepsiją.

Jis tik „įtaria", o ne sako: „tamsta sergi epilepsija", apskritai jokio triukšmo del šito sindromo nekėlė. Ar jau tikrai Muskens, Bruns, Bummke, Hoffmann-Jaurreg, Pilcz, P. Mari, Redlich, Rosse ir kiti žymūs epilepsijos žinovai būtų pražiopsoję tokį lengvai konstatuojamą ir kartu, anot prof. Minor'o, ypatingai svarbų sindromą? — Kad tik juo vienu pasirėmę, galime epilepsijos diagnozę nustatyti, taip sakant, „iš akių". Ir kada? — Tarp priepuolių, — vadinas, kaip tik tuo metu, kada epilepsijos diagnozė yra toli gražu nelengva, o nesurinkus anamnezės ir neįmanoma.

Štai del ko aš labai griežtai, tiesiog skrupuliškai, prisilaikydamas visų prof. Minor'o nurodymų bei technikos, ištyriau iš anksto parinktą epileptikų skaičių, pas kuriuos turėčiau pamatyti, pasak prof. Minor'o, 100% mydriasis'o.

40 epileptikų, specialiai pasirinktų: 20 vyrų ir 20 moterų. Be to, ištyriau 20 sveikų žmonių: 10 vyrų ir 10 moterų — daugiausia iš personalo tarpo. Štai tyrimų rezultatai:

	Skaičius	Mydriasis	%	Norm.	%
Epileptikai vyrai .	20	9	45	11	55
Epileptikės moterys	20	13	65	7	35
Sveiki vyrai . . .	10	2	20	8	80
Sveikos moterys .	10	4	40	6	60

Taigi, pagal mano tyrimus pasirodė, kad ir specialiai išrinktieji epileptikai, pagal prof. Minor'ą, 100%-niai mydriatikai, tik 45% vyrų ir 65% moterų „teišlaikė egzaminą". Bet blogiausia, kad sveiki žmonės (vyrai 20% ir moterys 40%) irgi davė mydriasis'ą, tegul tik laikinį, labai nepastovų. Tiesa, čia reikia pažymėti, kad sveikieji (personalas), nežinodami nesitikėto tyrimo tikslo tuojau po ligonių tyrimo, varžėsi, buvo visi daugiau ar mažiau susijaudinę, „išsigandę".

O kokioje psichinėje būtyje yra kiekvienas ligonis, pirmą kartą atvykęs pas gydytoją, juo labiau pas profesorių, savo likimo sprendimo belaukdamas?

Gal būt, kai kas iš mano tirtų sveikųjų ir yra buvęs histerikas-ė ar helmintiazikas-ė.

Bet vienas dalykas yra aiškus, kad sindromas, kuris aptinkamas sveikiems žmonėms, negali būti patognomišku betkuriai ligai. Antra vertus, ar mydriasis aptinkamas tik epileptikams? Į šitą klausimą reikia griežtai atsakyti „ne", nes yra aibė somatiškų ir psichiškų ligų, kur buvo pastebėtas mydriasis su normalia arba beveik normalia vyzdžių reakcija į šviesą.

1) Visų pirma, kaip kad visiems yra žinoma, kiekvienas psichiškas išgyvenimas, kiekvienas sensoriškas bei sensibiliškas reiškinys visada yra lydimas šiokio ar tokio vyzdžių diametro nepastovumo. Dėl to jau vyzdžių „žaidimo" stebėjimas yra labai svarbus psichiatrijai ir psichologijai.

2) Mydriasis aptinkamas neretai šizofrenikams, ciklofrenikams, amentikams, alkoholikams, hysterikams, narkomanams ir ligoniams, sergantiems somatinėmis ligomis, pavyzdžiui, pseudouremikams, helmintiazikams, nėščioms (graviditas extrauterina).

3) Pagaliau prisiminkime, kad absoliutinis vyzdžių sustingimas būna visiškas ir nevisiškas.

O pastarasis aptinkamas syfilinės ir nesyfilinės etiologijos susirgimuose, ir kaip tik lydimas mydriasis'o. Taigi, neretai aptinkamas toks vaizdas: mydriasis ir vyzdžiai dar reaguoja į šviesą ir konvergenciją, bet, tiesa, „silpnokai", „tingiai", vadinasi, nevisiškai. Toks nevisiškas absoliutinis vyzdžių sustingimas atstovauja milžiniškai patologiškai grupei. Taip, gerai yra žinomas, kad jis aptinkamas tabetikams, paralytikams (šitiems pastariesiems daug svarbesnis ir būdingesnis yra refleksinis vyzdžių sustingimas, vadinasi, Argyll-Robertson'as), hemiplegiškiems syfilitikams, kaikada jau gerokai atsipeikėjusiems po priepuolio.

Toliau, nesyfilinės etiologijos ligoniams, kaip antai: syringomyelitikams, postgripiniams ir epideminiams encefalitikams, parkinsonikams, multisklerotikams, chroniškiems nusinuodijimams, pavyzdžiui, švinu su pseudosyringomyelitiniu ar pseudomultiskleroziniu vaizdu, post diphteriam ir botulismum, net sinus paranasales susirgimų atvejais ir etc.

Taigi mes matome, kad:

1) Mydriasis su vyzdžių reagavimu į šviesą, be epilepsijos, aptinkamas daugeliui kitų ligų;
2) epilepsijai gi šitas sindromas, net ir pasak Minor'o, aptinkamas tik 52% atsitikimų;
3) o pagal mūsų tyrimus, tik maždaug 23% (vyrams) ir 32% (moterims);
4) ir, be to, dar aptinkamas ir sveikiems žmonėms.

Turėdami visa tatai galvoje, nolens volens turime prieiti išvadą, kad šitas sindromas nėra būdingas, tuo labiau nėra patognomiškas, epilepsijai, ir neturi jos diagnozei jokios ypatingos reikšmės.

Literatūra.

1. Prof. dr. C. Behr: Akių ligos ir neurologija. Monografija. „N. D. Kl.".
2. Prof. dr. A. Buschke ir dr. A. Joseph: Syphilis. Monografija. „N. D. Kl.".
3. Prof. dr. Hans Curschmann: Nervų ligos. 1924 m.
4. Fischer: „M. Kl." 1932 m. 13 nr.
5. Graetzchel: „Arch. Gewerbepathol." 1935 m. 3 nr.
6. Prof. dr. A. Goldscheider: Tabes dorsalis. Monografija. „N. D. Kl.".
7. Dr. prof. A. A. Kriukov: Akių ligų kursas.
8. Prof. dr. L. S. Minor: Mydriasis epileptica Sovietų „Neuropatologija". 1935 m. IV t.
9. Prof. dr. V. P. Osipov: Sovietų „Neuropatologija". 1935 m. IV t., 7 sąs. Schizophren'ijos ribos.
10. Prof. dr. Alexander Pilcz: Specialinė psichiatrija. 1926 m.
11. Prof. dr. Rosenfeld: Genuininė epilepsija. Monografija. „N. D. Kl."
12. Salmon: „Amer. J. obstetr.". 1935 m. 28 nr.
13. Prof. dr. Hermann Schlesinger: Syringomyelia. Monografija. „N. D. Kl.".

14. Quervain Schu: „M. W.“ 1935 m. 4 nr.
15. Prof. dr. Robert Sommer: Psichikos ligų diagnostika. 1901 m.
16. Prof. dr. J. Vagner-Jaurreg: Progresyvinis paralyžius. Monografija. „N. D. Kl.“.
17. Prof. dr. Volhard Franz ir prof. dr. Erwin Becher: Uraemia. Monografija. „N. D. Kl.“.
18. Zarcynas: Mydriasis ir anisokoria šizofrenikui. „Medicina“ 1936 m. 12 nr.

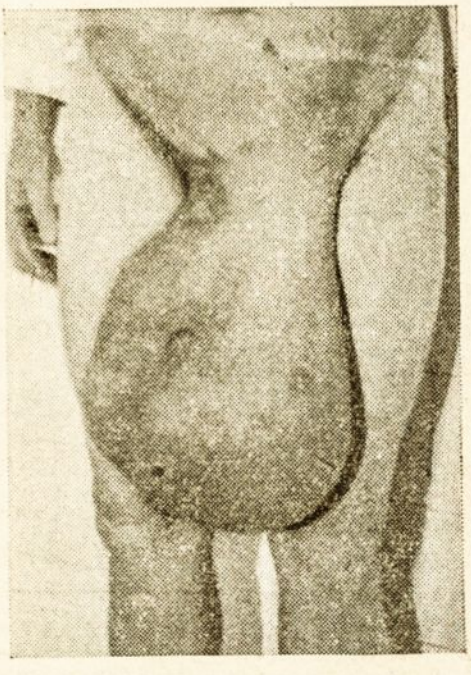
Zusammenfassung.

Mydriasis ist keine typische Störung, die in Beziehung stehe zu bestimmten allgemeinen oder besondern neurologischen Veränderungen der Epilepsie, sondern vielfach eine isolierte Symptome ohne besondere Bedeutung.

D-ras S. Mačiulis,
Panevėžio aps. sav. lig. direktorius.

Hernia inguinalis obliqua sinistra permagna atsitikimas.

1934 m. I. 11 d. įstojo į Panevėžio apskr. sav-bės ligoninę Juozas Gružauskas, 82 m. amžiaus, ūkininkas, Panevėžio apskr., Krekenavos valsčiaus, Kapinės vienkiemio gyventojas. Įsirašė į ligoninę, kad jam išleistų vandenį iš hydrocele's, ką jam seniau darydavęs d-ras Sliekas, dabar jau miręs. Apžiūrėjus pasirodė, kad seniau dešinėje scroti pusėje būta hydrocele's: čia yra žymių randų nuo buvusių punkcijų. Dabar tik randas ir pora sukietėjusių gumbelių. Iš kairės gi pusės yra kairiųjų kirkšnių trūkis (kyla, hernia). Suvaryti į vidurius galima tik dalį trūkio. Trūkis atsiradęs prieš 30 metų ir vis didėjęs, kol pasiekęs atvaizde matomą didumą. Dabar ligonis turi 82 m. amžiaus ir palyginti del savo amžiaus gana stiprus. Operuotis mes jam nepatarėme. (Žiūr. atvaizdą).



Hernia inguin. obl. sin. permagna.

Pavarčius literatūrą, tokio didumo trūkio neteko užtikti, be Tichov'o atsitikimo (P. I. Tichov: Častnaja chirurgija. III t. 1917 goda).

Autoreferatas.

Hernia ing. obliqua permagna sin.

Gyd. S. Mačiulis.

Žinios apie Panevėžio apskrities savivaldybės ligoninės 1936 metų veiklą.

I-oji lentelė.

Nuolatinių ligonių apykaita.

	Vyrų	Moterų	Vaikų	Iš viso	Mirė %
Liko iš praeitųjų metų	38	48	4	90	
Per metus įstojo į ligoninę	1.413	2.016	558	3.987	
Per metus išstojo iš ligoninės	1.332	1.954	523	3.809	
Mirė	67	47	27	141	3,46
Liko ateinantiems metams	52	63	12	127	
Ligų rūšimis ligoniai šiaip suskirstomi:					
1) Susirgusiųjų chirurginėmis ligomis	729	680	184	1.593	
2) „ vidaus ligomis	439	434	286	1.159	
3) „ apkrečiam. „	141	90	54	285	
4) „ veneros „	8	1	—	9	
5) Normalių ir sunkesnių gimdymų	—	320	—	320	
6) Persileidimų (abortų) ir sergančiųjų moterų ligomis	—	365	—	365	
7) Nervų ir psichikos ligomis	30	70	1	101	
8) Akių ligomis	16	15	9	40	
9) Ausų, nosies ir gerklės ligomis	50	41	24	115	
Iš viso	1.413	2.016	558	3.987	

II-oji lentelė.

Ambulatorinių ligonių lankymasis.

	Vyrų	Moterų	Vaikų	Iš viso
Per metus	4.483	5.961	1.274	11.718
Vidutiniškai vienai dienai tenka	12	16	3	32

III-ji lentelė.

Buvo padaryta operacijų.

1. Chirurgijos skyriuje.

1.	Trepanatio cranii	8	10.	Cholecystectomia	2
2.	Antrotomia simp.	3	11.	Laparotomia įvairiais atsitikimais	25
3.	Tonsillotomia	2	12.	Appendectomia (acuta 52, perfor. 12, chronica 246)	310
4.	Strumectomia	4	13.	Herniotomia inguinalis (iš jų 7 incarcer.)	92
5.	Exstirpatio tumoris colli	10	14.	Herniotomia femoralis (iš jų 7 incarcer.)	12
6.	Resectio costae	12	15.	Herniotomia umbilicalis	3
7.	Resectio ventriculi	2			
8.	Gastro-entero-anastomosis	7			
9.	Sutura intestinalis, desinvaginatio	3			

16. Herniotomia epigastrica . 8
17. Maryscae haemorrhoidales oper. 15
18. Hydrocele testis (oper. Winkelmanni) 8
19. Phymosis (incisio dorsalis) 17
20. Exstirpatio uteri (del myoma et fibromyoma) 10
21. Cystectomia (del cysta ovarii) 25
22. Exstirpatio polyporum cervicis uteri 9
23. Graviditas extrauterina . . 4
24. Sectio caesarea 2
25. Abrasio uteri 16
26. Perineoplastica 11
27. Laparotomia explor. (del ca. ventriculi) 8
28. Exstirpatio uteri (del ca. uteri) 4
29. Amputatio recti (del ca recti) 1
30. Amputatio mammae (del ca mammae) 6
31. Excisio labii (su liaukų pašalinimu del ca. labii) . . 11
33. Excisio (del ca cutis) . . 8
34. Sectio alta (del vesica urinar. akmenų) . . . 8
35. Nephropexia 1
36. Vasectomia (del hypertrophia prostatae) 14
37. Varices cruris (Moszkowicz) 25
37. Exstirpatio
- bursitis praepatellaris . . 7
- haemangioma . 2
- lipoma . . 20
- atheroma . . 12
- fibroma . . 12
- hygroma . . 14
- clavus . . . 4

38. Plastica labii leporini . . 1
39. Amputatio
- humeri . . 3
- antibrachii . 2
- digitorum . . 13
- femoris . . 1
- cruris . . . 5

40. Sequestrotomia sive incisio (del osteomyelitis):
- humeri . . 3
- femoris . . 8
- tibiae . . . 14
- costae . . . 1

41. Pirmykštis žaizdos susiuvimas 40
42. Žaizdos tualetas . . . 15
43. Repositio post luxationem
- femoris . . 2
- humeri . . 5
- cubiti . . . 4

44. Extensio ir gipsas post fracturam
- malleoli . . 35
- femoris . . 36
- cruris . . . 37
- tibiae . . . 11
- fibulae . . 10
- humeri . . 5
- antibrachii . 10
- radii . . . 6
- claviculae . . 9
- costae . . 3

45. Incisio abscessus
- paranephritici . 9
- perityphlitici . 6
- axillaris . . 4
- glutei . . . 18

46. Incisio phlegmone
- colli . . . 31
- antibrachii . 10
- manus . . 22
- femoris . . 11
- genu . . . 12
- scroti . . . 5
- dorsi . . . 10
- pedis . . . 20
- cruris . . . 12
- reg. inguinalis 4

47. Mastitis (incisio) . . . 10
48. Panaritium (incisio) . . 34
49. Abscessus Douglasi (colpotomia) 10
50. Įvairios punkcijos . . . 14
51. Extractio dentis . . . 20
52. Eliminatio unguis incarnatae 4
53. Cystoskopija (paprasta ir su kateterizacija) 22
54. Rektoskopija 9
55. Gipso lovos ir gipso tvarčiai coxitis tbc., gonitis tbc. ir spondylitis tbc. atvejais . 28
56. Svetimkūnių išėmimas . . 31

Iš viso Chirurginiame skyriuje padaryta operacijų 1.392
Tame skaičiuje ambulatorinių operacijų . . . 76

2. Gimdymo skyriuje.

1. Forceps 7
2. Versio in pedem (-es) . . 6
3. Craniotomia 3
4. Decapitatio 1
5. Excochleatio, abrasio cavi uteri 289
6. Plastica cervicis (emmet.) . 1
7. Dilatatio cervicis . . . 2
8. Pertubatio 2

Iš viso Gimdymo skyriuje padaryta operacijų . . 311

3. Akių skyriuje

1.	Extractio cataractae . .	5	12.	Galvanocausis ulceris corneae	1
2.	Ablatio prolapsus iridis .	5	13.	Expressio folliculorum trachomatis	122
3.	Plastica conjunctivalis vulneris corneae	11	14.	Excochleatio chalazii . .	1
4.	Evisceratio bulbi . . .	5	15.	Operatio ectropii palpebrae	2
5.	Exstirpatio sacci lacrimalis	9	16.	Exstirpatio tumoris benigni palp. sup. conj.	2
6.	Operatio entropii et trichiasis	9	17.	Kitokios	12
7.	Sutura vulneris palpebrae	1		Iš viso Akių skyriuje padaryta operacijų . . .	225
8.	Electrolysis trichiasis . .	10		Tame skaičiuje ambulatorinių operacijų . . .	185
9.	Ablatio pterygii	5			
10.	Paracenthesis corneae . .	1			
11.	Eliminatio corporis alieni corneae	18			

4. Ausų, nosies, ir gerklės skyriuje.

1.	Tonsilloectomia . . .	54	14.	Extr. polyp. nasi . . .	25
2.	Tonsillotomia	7	15.	Extr. corp. alieni oesophagi	5
3.	Antrotomia simpl. . . .	20	16.	Resectio subm. septi nasi .	14
4.	Antrotomia radical. . . .	8	17.	Ethmoidotomia	9
5.	Oper. radic. c. Highmori .	15	18.	Extr. rhinolitis	1
6.	Extr. fibromatis pl. vocalis .	5	19.	Plastica auris	1
7.	Conchotomia	26	20.	Plastica velopalatoschysis .	1
8.	Adenoidotomia	60	21.	Kitokios	18
9.	Incisio absc. linguae . .	16			
10.	Incisio absc. peritonsillaris .	29		Iš viso Ausų, nosies ir gerklės skyr. padar. operac.	360
11.	Paracentesis	33		Tame skaičiuje ambulatorinių operacijų . . .	166
12	Tracheotomia	1			
13.	Extr. polyp. auris . . .	12			

Visuose ligoninės skyriuose padaryta operacijų stacionarinių 1.861, ambulatorinių 427, iš viso 2.288.

IV-ji lentelė.

Mirė.

1.	Chirurgijos skyriuje mirė:		2.	Vidaus, vaikų ir apkrečiamųjų ligų skyriuje . . .	86
	a) po operacijos . . .	24	3.	Gimdymo skyriuje . . .	2
	b) be operacijos . . .	29		Iš viso	141

V-ji lentelė.

Mirties priežastys.

1.	Pilvo plėvės uždegimas .	22	8.	Piktybiniai navikai . . .	4
2.	Kraujo apkrėtimas . . .	5	9.	Apdegimas	1
3.	Širdies ligos.	7	10.	Apsinuodijimas . . .	16
4.	Plaučių uždegimas, plaučių gangrena ir plaučių plėvės empyema	12	11.	Apkrečiamosios ligos . .	24
			12.	Žarnų apsisukimas . . .	5
			13.	Inkstų uždegimas . . .	2
5.	Sunkūs sužalojimai . .	9	14.	Kitos ligos	21
6.	Smegenų uždegimas . .	2			
7.	Plaučių džiova	11		Iš viso	141

VI-ji lentelė.

Pagal gyvenamąsias vietas ligoniai skirstomi šitaip

		Ligonių skaičius	Dienų skaičius
1.	Panevėžio apskrities	2.276	29.375
2.	„ miesto	623	7.283
3.	„ apygard. ligon. kas.	439	4.548
4.	Biržų apskrities	288	4.136
5.	Kėdainių „	37	348
6	Kauno „	2	48
7.	Rokiškio „	119	1.295
8.	Šiaulių „	24	257
9.	Utenos „	36	389
10.	Ukmergės „	5	44
11.	Tauragės „	1	9
12.	Vilkaviškio „	1	10
13.	Zarasų „	7	135
14.	Karių „	91	1.490
15.	Policijos tarnautojų	4	29
16.	Geležinkeliečių	80	1.060
17.	Alytaus apskrities	1	10
18.	Klaipėdos krašto	2	20
19.	Susisiek. M-jos lig. kasos	41	630
	Iš viso	4.077	51.116

VII-ji lentelė.

Rentgeno kabinetas.

1.	Rentgeno nuotraukų padaryta		1.628
2.	„ peršvietimų „		341
3.	Gydyta rentgeno spinduliais	58 asm. 139	seansai
4.	„ kvarco lempa	97 „ 610	„

VIII-ji lentelė.

Ligoninės 1936 m. piniginė apyskaita.

PAJAMOS.

1.	Iš stacionarinių ligonių	277.886,—
2.	Už operacijas	113.149,—
3.	„ pagelbą gimdyvėms	10.200,—
4.	„ tvarst. medž. vaistus, perrišimus ir kit.	10.894,13
5.	Iš ambulatorinių ligonių	25.640,—
6.	Rentgeno kabineto pajamos	17.551,50
7.	Ūkio pajamos	4.797,68
	Iš viso pajamų litais	460.118,31

IŠLAIDOS.

1.	Atlyginimas tarnautojams	183.206,37
2.	Raštinės išlaidos	4.384,99
3.	Kuras	10.862,18
4.	Šviesa	13.899,12
5.	Butų nuoma	30.088,—
6.	Ūkio išlaidos ir švarai palaikyti	8.219,78
7.	Išlaidos inventoriui įsigyti	8.290,13
8.	Išlaidos turtui taisyti	5.141,06

9.	Įvair. reikal. išlaidos	6.172,83
10.	Maistui	37.340,32
11.	Vaistams, chirurg. medžiagai ir tyrim.	80.280,84
12.	Drabužiams ir skalbiniams	4.691,52
	Iš viso išlaidų	392 577,14
	Ligoninės 1936 m. biudžeto vykdymo rezultatai .	67.541,17
	Balansas	460.118,31

Tenka vienam ligoniui per dieną išlaidų 7,67 lt.

Ligoninės personalo sudėtis.

Ligoninės vyresnįjį personalą 1936 metams sudarė aštuoni gydytojai.

1. St. Mačiulis — ligoninės direktorius;
2. M. Marcinkevičius — vidaus, vaikų ir apkrečiamųjų ligų skyr. vedėjas;
3. A. Mačiulis — chirurgijos skyriaus vedėjas;
4. K. Gudelis — gimdymo skyriaus vedėjas;
5. A. Bridžius — akių ligų skyriaus vedėjas;
6. J. Statkevičius — ausų, nosies ir gerklės ligų vedėjas.
7. J. Stancevičiūtė — vidaus, vaikų ir apkrečiamųjų ligų skyrių asistentė ir rentgeno kabineto vedėja;
8. A. Čerškus — chirurgijos skyriaus vyr. asistentas;
9. F. Zubinas — chirurgijos skyriaus asistentas.

Iš vyresniojo personalo 1936 metais išėjo iš ligoninės gydytojas A. Čerškus į Rokiškio apskrities ligoninę chirurgijos skyriaus vedėju; jo vietą užėmė gyd. F. Zubinas. Vieton gydytojo F. Zubino naujai priimtas gydyt. V. Gutauskas. Ligoninės lovų skaičius liko tas pats — 120.

Iš viso ligoninės personalo buvo 57. Vidutiniškai kiekvienam tarnautojui teko per dieną 2,4.

Mažiausias ligonių skaičius buvo balandžio 13 d. — 81.

Didžiausias ligonių skaičius buvo rugpjūčio 14 d. — 180.

Vidutiniškai kasdien ligoninėje buvo 139,6 ligonių.

Vidutiniškai kiekvienas ligonis gulėjo ligoninėje 12,5 d.

Ligoninė iš savo apskrities gyventojų ima 5 lt. parai, o svetimų apskričių — 6 lt. Už ambulatorišką apžiūrėjimą — 2 lt. Už operacijas pagal taksą nuo 10 iki 150 litų.

1936 metais pajamos viršijo išlaidas 67.541,17 lt.

Gyd. A. Čerškus Apskrities Valdybos buvo dviem mėnesiams komandiruotas į Nancy (Prancūzija) pasitobulinti.

Spaudintų darbų pasirodė šie:

Gyd. t. Mačiulis: Du letalūs anaerobinės infekcijos pooperaciniai atsitikimai. „Medicina“ 1936 m. 10 nr.

Gyd. St. Mačiulis: Corpus luteum haemorrhagicum du atsitikimai „Medicina“ 1936 m. 5 nr.

Gyd. A. Čerškus Varices cruris etiologijos ir gydymo klausimu. „Medicina“ 1936 m. 6 nr.

Gyd. F. Zubinas: Echinokokkus et abscessus hepatis atsitikimas „Medicina“ 1936 m. 10 nr.

Pradėtas ligoninės praplėtimas, kuris numatomas baigti iki Naujųjų Metų, nes ligoniai nesutelpa. Bus įvykdyta dalis būsimosios ligoninės plano, kuris pagamintas inž. Landsbergio.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

39. A. Arrak: **Plaučių tuberkuliozės gydymo vienpusiu pneumotoraksu vaisiai.** („Eesti Arst." 1937 m. 8 nr. 585—612 p.).

Autorius praneša apie 102 plaučių tuberkuliozės atsitikimus, gydytus vienpusio pneumotorakso būdu. Visų jų gydymas esąs baigtas prieš 1—8 metus. Nedidelė jų dalis buvę pradėti gydyti plaučių sanatorijose, o daugumas — klinikoje, kur ligoniai paprastai tegulėdavę 1—2 savaites. Paskiau autorius gydydavęs juos ambulatoriškai. Kliniškai pasveikę 52,9% visų atsitikimų, patenkinimai pasitaisę 17,7%, mirę 20,6% ir dar tebesergą 8,8%.

Autorius paduoda savą plaučių tuberkuliozės stadijų paskirstymą. I stadija — vienos pusės aprėžti židiniai vienoje plaučių skiltyje; II st. — vienpusis visas vienos skilties susirgimas; III st. — vienpusis susirgimas, išsiplėtęs visuose vienuose plaučiuose; IV st. — visuose plaučiuose aktyvus I, II arba III stadijos susirgimas, o antruose plaučiuose lengvesnio, aprėžto, gal būt, inaktyvaus susirgimo reiškiniai; V st. — aktyvus procesas abiejuose plaučiuose.

Pirmosios stadijos atsitikimų kliniškai pasveikę 82,6%, antrosios stadijos 63,6%, trečiosios 50% ir ketvirtosios 27,5%. — Iš 63 eksudacinio proceso atsitikimų pagiję 47,6%, pasitaisę 19%, mirę 25,4%, tebesergą 8%. Induracinių ligos formų pagiję 61,5%, pagerėję 15,4%, mirę 12,8%, tebesergą 10,3%. — 41,2% visų ligonių visą gydymo laiką nieko nedirbę; visi kiti po 3—12 mėnesių gydymo grįždavę prie savo užsiėmimo. Iš pagijusių 67% nebuvę paliovę dirbti. — Inteligentinių profesijų ligoniams gydymo vaisiai buvę geresni negu fizinio darbo asmenims. — Gydymas pneumotoraksu trukdavęs iki 2 metų 13% visų pagijusių, iki 3 metų — 77,8%, iki 4 metų — 9,2%. — Gydymas tekę nutraukti 23,5% visų atsitikimų del suaugimų, 14,8% del ligos pablogėjimo; 2,9% patys metę gydymą, ir tik 58,8% gydęsis kiek reikiant. — Eksudatas pasidaręs 23,5% visų atsitikimų. Eksudacinės formos ligoniams eksudatas pasidaręs 28,6%, induracinės formos — 15,4%.

P. A.

40. F. Lepp: **Apsinuodijimo yperitu atsitikimas.** („Eesti Arst." 1937 m. 8 nr. 613—619 p.).

30 metų vyras, išėjęs universiteto mokslus, seniai sergąs plaučių džiova, susikomplikavusia liežuvio tuberkulioze. Atsidėjęs gydydamasis buvęs žymiai pagerėjęs. Laikraščiuose išskaitęs, kad yperitas esąs geras vaistas nuo džiovos, įsigijęs alkoholinio yperito skiedinio ir per klaidą inhalavęs ketvirtį valandos apie 4½ lašų (mažne 200 mg) vietoje $^1/_3$ lašo, kaip buvę skelbta. Iš karto ligonis dar nieko ypatingo nejautęs. Po 10—12 valandų jis ėmęs baisiai vemti ir ėmę smarkiai degti jam burnoje, gerklėje, trachejoje ir visoje krūtinėje; ir akis ėmę veržti ir skaudėti, nebegalėjęs į šviesą pažiūrėti. Kvėpavimas pasidaręs tankus, ir apnikęs skaudus, nenumaldomas kosulys, iš pradžių su gleiviškais, paskiau su pūliškais skrepliais. 4-tą dieną prisimetusi bronchopneumonija. Temperatūra pakilusi iki 40,8° ir paskiau svyravusi tarp 39 ir 40,5°. Iš pat pradžios kliniškasis bronchopneumonijos vaizdas buvęs labai sunkus. Skreplių ėję vis gausyn. Akių gėla, vėmimas ir ypačiai smarkus kosulys ligonį labai kamavę. Po kurio laiko oda aplink burną paraudusi. Krūtinėje ties visais plaučiais buvusi gausybė kargučių. Širdies ir inkstų funkcija nepakitusi; sąmonė buvusi aiški. Po 6 dienų ir 6 valandų nuo inhalacijos ligonis miręs.

Prof. A. Valdes radęs skrepliuose patižusio ir nekrozuoto jungiamojo audinio griuvenų.

Iš ligos eigos autorius sprendžia, kad yperitas šiuo atveju visų

labiausiai pakenkęs kvėpuojamuosius takus. Vėmimas kilęs iš pakenkimo skilvio yperitu, nurytu kartu su seilėmis. Yperito pakenktuose plaučiuose prisimetusi antrinė infekcija ir užkūrusi visų plaučių piktybinę bronchopneumoniją. Pagaliau išplytėjusi plaučių oedema ir ligonis nebeišlaikęs.

Kadangi autorius sau pasiekiamoje mokslinėje medicinos literatūroje niekur neužtikęs kliniškų stebėjimų, patikrinančių terapinę yperito reikšmę, tai jis pataria susilaikyti nuo jo vartojimo. Šiaip laikraščiuose skelbiami įvairūs gydymo būdai, moksliškai neištirti, galį pridaryti daug nelaimių. Todėl autorius reiškia pageidavimą, kad laikraščiai, prieš garsindami dalykus medicinos klausimais, pirma atsiklaustų gydytojų specialistų nuomonės. *P. A.*

41. R. Chevalier: **Skrandžio ekzema.** („Presse mėd." 1936 m. 84 nr.).

Autorius mano, kad ekzema esanti ne vien tik odos liga, bet taip pat ir bendrinis organizmo susirgimas. Ekzemos sukėlėjai gali sukelti tokius pat reiškinius ir vidiniuose organuose, pav., skrandžio gleivinėje. Dažniausiai ekzema susergąs ir skrandis, kai ligonis sergąs ekzema intertriginosum. Tokiais atsitikimais visada pasireiškiąs ūminis gastritis, kai paūmėjanti odos ekzema.

Rečiau pasitaikanti skrandyje ekzema vesiculare, kai tos pačios rūšies ekzema būnanti odos paviršiuje.

Surasti sąsyjui tarp odos ekzemos ir skrandžio ekzemos padėjęs gastroskopas. *P. Vaičiulis.*

42. Th. Deneke: **Tabak und angina pectoris.** („Z. f. ärztl. Fort." 1936 m. 20 nr.).

Kardialogai į tabaką, kaip į etiologišką angina pectoris atsirasti momentą, įvairiai žiūri. Prancūzas Unchard tabakui priskiriąs svarbų vaidmenį angina pectoris patogenezėje, o vokietis Romberg tepripažįstąs tik galimumą sukelti nervišką širdies sutrikimą. Širdies ligų tyrinėtojas Veil manąs, kad nikotinas galįs sukelti claudicatio intermittens ir retai angina pectoris. Internistų kongrese 1931 m. Edens pranešęs, kad tik 16% ligonių, sergančių angina pectoris, rodą nikotino neigiamą veikimą širdžiai.

Autorius teigia, kad 1—2 lašai (5—10 centigramų) gryno nikotino galį užmušti žmogų. Šitokis kiekis esąs pusėje vidutinio stiprumo cigaretės. Ūmus ir chroniškas apsinuodijimas nikotinu sukeliąs vidutinių ir mažųjų arterijų spazmus. Skausmai už sternum'o, širdies pravedimo sistemos sutrikimai ir kraujospūdžio svyravimai esą šitų spazmų padarinys.

Tabako vartojimui padidėjus, pastaruoju dešimtmečiu pagausėję kraujo apytakos susirgimai ir staigūs mirimai del širdies. Vokietijoje, pavyzdžiui, nuo 1920 iki 1934 metų cigarečių suvartojimas pakilęs iki 82%. Autorius teigia, kad 75% visų lengvesnės formos angina pectoris susirgimų jauniems žmonėms ir mažiausia 50% sunkesnių susirgimų su koronarine skleroze ir širdies infarktais vidutinio ir senesnio amžiaus žmonėms esą tabako vartojimo padarinys.

Autorius pastebėjęs, kad tarp 45—50 metų amžiaus rūkoriams atsirandąs, be koronarinės indų arteriosklerozės, jautrumas prieš tabaką. Tokios intolerancijos požymis esąs lengvesni ar sunkesni stenokardiški priepuoliai tuojau parūkius. Tabako abstinencija šituos priepuolius tuojau pašalinanti, bet visiškam išgijimui reikalinga savaičių ir mėnesių. Neriebalinga dieta padedanti nikotinui išsiskirti. *L. Goldšteinas.*

43. Kurt Greineder: **Tomographische Diagnostik der tuberkulösen Kaverne.** (Tuberkuliozinės kavernos tomografinė diagnostika) („Tuberk. Bibl." 1937 m. 62 nr.).

Paprasta rentgenograma, kuri mums duoda tik visų plaučių sluoksnių projekciją, dažnai nepakankamai išaiškinanti tuberkulioze susirgusių plaučių būtį. Naujai įvestas astkirų sluoksnių fotografavimas (tomographia) užpildąs spragą.

Autorius aprašo 11 atsitikimų ir pateikia šitų ligonių paprastas ir tomografines rentgenogramas. Iš šitų ligos istorijų ir nuotraukų aiškiai matome, kad su tomografija:

1) galima nustatyti kavernos didumas ir jos išsiplėtimas;

2) galima rasti kavernos ten, kur paprastai jų rentgenogramoje nematyti;

3) kaverna galima lokalizuoti (priešakiniame, užpakaliniame sluoksnyje);

4) galima spręsti apie kavernos sienelių būtį ir apie atsitikimo tinkamumą kolapsoterapijai;

5) su tomografija galima atskirti kaverna nuo žiedų šešėlių (Ringschatten);

6) abejotinais atsitikimais galima skirti dalinis pneumothorax'as nuo kavernos. *L. Goldšteinas.*

CHIRURGIJA.

20. W. Büngeler: **Ueber die Entstehung von Hautcarcinomen und Sarcomen nach Sonnenberstrahlung und Photosensibilisierung.** (Odos karcinomos ir sarkomos atsiradimas veikiant saulės spinduliams) („Kl. Woch." 1937 m. 29 nr.).

Findlay, kiek vėliau Putschar ir Holtz, švitindami gyvulius ultravioletiniais spinduliais, gavę odos karcinomą. Roffo tat pat gavęs, veikdamas gyvulius saulės spinduliais. Daugelio eksperimentatorių darbais įrodyta, kad, veikiant intensyviai saulės šviesai baltąsias peles, atsiradę piktybiniai odos navikai; tat pat gaunama žmogui, tik veido odoje, del didelio kiekio cholesterino, kuris, fotodinamiškai veikdamas, pakeliąs spindulių aktyvumą — sako Kawaguchi. Koša - Novics radęs karcinomos atveju odoje hematoporfiriną, todėl kai kurie autoriai tvirtiną, kad hematoporfirinas veikiąs kaip šviesos sensibilizatorius. Autorius bandymams panaudojęs 900 gyvuliukų — baltųjų pelių. Fotosensibilizacijai naudojęs jis hematoporfiriną, eoziną, anthrasol'į, kuris turįs gana daug florescenciją duodančių substancijų. Įleidus baltajai pelei po oda sensibilizuojamųjų medžiagų, švitinant saulės spinduliais, tuojau įvykstą uždegiminiai pakitimai, paskui atrofiniai ir hypertrofiniai epidermio ir jungiamųjų odos audinių pakitimai. Pagal autoriaus stebėjimus, tuo pat laiku kai kuriems sensibilizuojamiems gyvuliams atsirandanti skrandyje dispepsinė opa. Be fotosensibilizuojamų substancijų, veikdamas vien saulės spinduliais, autorius negavęs piktybinių navikų. *T. Šiurkus.*

21. K. Volkmann (Magdeburgas): **Plaučių komplikacijų po operacijų padažnėjimas vasarą.** („Münch. med. Woch." 1937 m. 29 nr. — Ref. „Zentralbl. f. Chir." 1937 m. 27 nr.).

Statistika rodanti, kad vasaros metu žymiai daugiau kaip kad žiemą būna po operacijų plaučių komplikacijų. Tos pačios komplikacijos praeinančios sunkesne forma. Autorius mano, kad to priežastis esąs didelis ligonių prakaitavimas del per šilto oro. Ligoniai suprakaitavę ir peršilę nusikloją ir atšąla, po ko atsirandančios nemalonios komplikacijos (k. a.: anginos, pneumonijos, slogos ir t. t. *Pr. Vaičiulis.*

UROLOGIJA.

16. E. Kirnmann: **Ureterocelės atsitikimas.** („Eesti Arst." 1937 m. 8 nr., 620—625 p.).

Autorius praneša apie ureterocelės atsitikimą 50 metų moteriai. Iš anamnezės buvę konstatuota, kad paskutinius du mėnesius ligonė

karščiavusi ir turėjusi pūslės susirgimo reiškinių. Tiriant rasta dešiniojo trigonum srityje žąsies kiaušinio didumo ureterocelė. Dešiniojo inksto funkcija buvusi visiškai liovusis, todėl nebuvę žymu ritminių cistos santraukų. Ligonė buvusi operuota transvezikaliniu būdu.

P. A.

AKUŠERIJA IR GYNEKOLOGIJA.

13. P. Esch: **Über Kreislauf und Kreislaufstörungen unter d. Geburt.** (Apie kraujo apytaką ir kraujo apytakos sutrikimus gimdymo metu). („Knoll's Mitt. f. Ärzt." 1936).

Gimdymo metu gimtuvės venų kraujas išspaudžiamas į cetrines venas. Tada dešinioji širdis gaunanti daugiau kraujo ir del to širdies minutinis ir trinksninis (Schlagvolumen) tūriai kyla, taip pat kylą ir tvinksninis (pulso) tūris su kraujospūdžiu.

Gimdymo metu raumenų milžiniškas darbas išeikvojąs didelį kiekį energijos, atitinkamai kyląs deguonio priėmimas ir angliarūgštės išskyrimas. Pilvo raumenų susitraukimas išspaudžiąs iš splanchnicum'o srities kraują į dešiniąją širdį. Del to vėl kylą širdies minutinis, trinksninis ir tvinksninis tūriai, taip pat ir kraujoslėgis.

Pagimdžius esą atvirkščiai: kraujas nutekąs, intraabdominalinis spaudimas krintąs, ir, kadangi dešinioji širdis gaunanti mažiau kraujo, tai kraujospūdis, minutinis ir trinksninis tūriai krintą. Tokia greita kraujo apytakoje permaina reikalinga sveikos širdies. Retais atsitikimais gimdymo metu ištinkanti mirtis del kraujo apytakos ir širdies silpnumo.

Gimdymo metu abejotiną prognozę duodą ypač stenosis mitralis, endocarditis recidiva ir myocarditis su širdies aptukimu.

Širdies trūkumo atsitikimais prieš gimdymą profilaktikai duotinas digitalis. Gimdymo metu digitalis švirkštinas į raumenis arba į veną. Gerausiai veikiąs strophantus (0,5 miligr.), išvirkštas į veną. Jei po gimdymo del splanchnicum'o srities persipildymo tvinksnis esąs mažas, tai, be cardiaca, duotina strichnino (1—3 miligr.), cardiazol'io į raumenis ar į veną, taip pat ephedrin'o preparatų. Kartais del širdies sutrikimo miršta ma 5—6—19 dieną po gimdymo. Po gimdymo visiškai širdis susitvarkanti 4—6 savaitę.

L. Goldšteinas.

AKIŲ LIGOS.

9. Cuénod et Roger Nataf: **Nouvelles recherches expérimentales dans le trachome.** (Nauji eksperimentiniai trachomos tyrimai). („Annales d'oculistique". 1937 m., 174 t. 433—450 p.).

Jau dešimtį kartų viltasi, kad štai jau trachomos sukėlėjas surastas, bet tiek pat kartų tat eksperimentais paneigta. Autoriai, vadovaudamies savo mokytojo Charles Nicolle patarimais, kad visų pirma turi būti naudojama eksperimentinė metodė trachomai tirti, o ne morfologinė, visur naudojo eksperimentus, tiek surastiems dalykams patikrinti, tiek išvadoms patvirtinti.

1907 m. Ch. Nicolle ir Cuénod Tuniso Pasteur'o institute pradėjo savo tyrimus. Jie nustatė, kad šimpanzės akys esą puiki dirva eksperimentinei trachomai, kad tokia eksperimentinė trachoma esanti labai panaši į naturalinę, kad trachomos pradžia ir plytėjimas einą be inflamacinių reiškinių ir be žymesnės sekrecijos (1909 ir 1911 m.), kad trachoma esanti apkrečiama ne vien tik pradžioje, bet ir ilgą laiką plytėjimo periode.

1912 m. tie patys tyrinėtojai įrodė, kad trachomos sukėlėjo reikią ieškoti filtruojamų virus'ų tarpe, ką 1935 m. Thygeson savo tyrimais iš naujo įrodė. Tuo pačiu laiku buvo surasta, kad Alžiro magotas (macacus inuus) esąs jautrus trachomai ir kad trachomiko ašaros esančios apkrečiamos (kontakto būdu).

1913 m. tie patys tyrėjai drauge su Blaizot įrodė, kad trachomos

virus'as esąs atsparus šilimai (30°—50°) ir 7 dienas esą galima jis konservuoti glycerine ant ledo.

D. Karo metu Tuniso Pasteur'o instituto tyrimai buvo sustoję, bet jau 1919 m. Georges Blanc įrodė musių vaidmenį trachomos platinime. 1921 m. Nicolle ir Cuénod surado, kad trachomos virus'as galįs konservuotis ir veistis triušio testiculum'o audiniuose 37 dienas.

1932 m. Cuénod atkreipė savo mokinių dėmesį į nuolatinį buvimą trachomikų konjunktyvos tepinėliuose „mažyčių kūnelių" „plastilėse" — protoplazmos nuotrupose ir, kad tų protoplazmos nuotrupų daugiausia galima rasti trachomikų tepinėliuose. Sutraiškius trachomos folikulį, padarius iš to tepinėlį ir nudažius ji Giemsa būdu, matoma: 1) didieji mononuklearai (epitelioidinės celės) degeneracijos apnikti; 2) jų protoplazmoje — lysis; 3) tiek tų celių protoplazmoje, tiek jos nuotrupose — „plastilėse" matoma daug smulkių grūdelių 0,2—0,3 mikrono didumo; 4) tokių pat grūdelių matoma ir epitelinių celių protoplazmoje prisėta, arba Prowazek'o kūnelių pavidalo, arba kartais tie smulkūs grūdeliai esą visai palaidi. Šitie grūdeliai esą labai maži, sunkiai įžiūrimi, apvalūs, kartais ovalūs, arba persmaugti per vidurį (biskvito arba net halterio pavidalo), o kartais net siūlukų pavidalo. Šitie grūdeliai blogai dažąsi ir, nusidažę, šviesos beveik nelaužią, kaip kad paprastos bakterijos. Tų grūdelių kultivuoti įprastinėse medžiagose nepavyksta; jie nėsą nei protoplazmos kondensacijos dariniai, nei mitochondrijos. Šitie grūdeliai randami tik trachomos atveju. Nudažius tepinėlį negatyviai cyanochinin'u, grūdeliai lieką balti aukščiau minėtų formų. Autoriai šituos grūdelius priskiria prie riketsijų ir mano, kad juose reikią ieškoti trachomos sukėlėjo. Labai plonuose histologiškuose pjūviuose (2—5 mikronai), dažytuose Giemsa būdu, matomas panašus į jau aprašytą vaizdas: epitelioidinių celių protoplazmos lysis, grūdėtumas, Prowazek'o kūneliai epitelinėse celėse, tų celių branduolių hypertofija, protoplazmos gausus grūdėtumas.

Nuolatinis šitų kūnelių buvimas trachomoje, jų panašumas į riketsijas ir trachomos išplitimo sričių sutapimas su typhus exanthematicus sritimis davė autoriams mintį, kad šitie kūneliai yra trachomos sukėlėjas ar jo palydovas, kad trachomos sukėlėjas turėtų būti beriamosios šiltinės sukėlėjo giminėje ir kad utėlė galėtų būti ir trachomos išnešiotoja. Maždaug tuo pačiu laiku (1933 m.) Madrido Tarptaut. Oftalm. kongrese Busacca iš Sao-Paolo paskelbė savo tyrimus ir taip pat patvirtino buvimą trachomikų tepinėliuose ir pjūviuose į mikrobus panašių elementų, kuriuos praminė „ricketsia trachomatis".

Nuo to laiko Cuénod ir Nataf ėmė gaudyti utėles ir jas tirti. Jis rado, kad sveikų žmonių utėlės beveik visada būną švariu žarnynu, o trachomikų rūbinėse utėlėse beveik visada esą galima rasti riketsoidinių kūnelių žarnose. Išeidami iš savo ankstyvesnių tyrimų su trachomos virus'o auginimu triušio testiculum'e ir riketsijų kultivavimo būdų šiltinės tyrimuose, autoriai sugalvojo kultivuoti trachomos virus'ą gyvos utėlės žarnose. Prisiveisę utėlių su švariais virškinamaisiais traktais, jas apkrėtė negydytos trachomos medžiaga, kurioje buvo aukščiau aprašytųjų grūdelių ir „plastilių" su grūdeliais. Utėles apkrėtė tuo tikslu išipraktikavęs preparatorius, įšvirkšdamas po mikroskopo kontrole į prispaustos utėlės anus'ą kapilarine stikline pipete virulentinės medžiagos iš sutrintų folikulių ir konjunktyvos. Utėlės operaciją pakeliančios neblogai, o po kiek laiko galima rasti jų žarnose riketsijų knibždynus. Autoriai kategoriškai netvirtina, bet prileidžia, kad riketsijos ten greičiausia ne tik konservuojančiosi, bet ir veisiančiosi. Apkrėtus utėles medžiaga, gauta iš sveikos konjunktyvos, iš conj. follicularis, arba iš netrachominio konjunktyvito, jų žarnos palikdavusios sterilios.

Tokias apkrėstas trachoma utėles sutrynę ir įskiepyję į macacus inuus konjunktyvą, jie gaudavę tikrą eksperimentinę trachomą su „plastilėmis" ir aprašytu grūdėtumu jose.

Neseniai Polev'ui iš Rabato (Marokas) pavyko „trachomos riketsijų“ išauginti in vitro tam panaudojant audinių kultūras ir apkrėsti jomis laborat. gyvulius, kuriems pasidarę trachomos pakitimai.

1936 m. Cuénod ir Nataf, sutrynęs prieš 5 dienas trachoma apkrėstas 18 utėlių ir praskiedęs fiziol. skiediniu, tą produktą suleidęs žmogui po konjunktyva ir dar juo jų pritrynęs. Kontrolė parodžiusi, kad tame produkte turėję būti riketsijų. Jau 8-tą dieną žmogui pasireiškę pirmieji trachomos požymiai: biomikroskopu matomos folikulių užuomazgos; buvę rasta tepinėlyje tipiškų Prowazek'o kūnelių ir išsisklaidžiusių „riketsijų“, vienų palaidų, o kitų epitel. celių protoplazmoje. Toliau tam žmogui trachoma vis ryškėjusi, po 5 savaičių buvusi jau visai aiški, o po 3 mėn. „žydėjusi“.

Toliau, autoriai, pervedę trachomos virus'ą per jūros kiaulyčių testiculum, pernešė jį utėlėms ir, perskiepyję joms paeiliui 6 kartus, apkrėtė bezdžionę ir gavę tipišką eksper. trachomą.

Jie laiko įrodyta, kad trachomą sukelia jei ne viena iš riketsijų rūšių, tai bent riketsijos, esančios nuolatinės trachomos virus'o palydovės. Jie siūlo trachomą vadinti „riketsioze“, jos folikulius — „riketsijomis“; utėles laiko jei ne trachomos pernešėjomis, tai bent jos virus'o rezervuarais. *V. Avižonis.*

10. L. Sallmann: **Keturi akių pakenkimo nuo blakstienų dažymo atsitikimai.** Pranešimas Vienos Oftalmologų Draugijoje 1937. III. 15. („Klin. Mon. f. Aug.“ 1937 m. t. 99, 109 p.).

Be gana dažnų lengvo vokų kraštų ir konjunktyvos uždegimo ir vokų ekzemos atsitikimų, autorius esąs pastaruoju laiku turėjęs 4 rimto akių pakenkimo atsitikimus. Eiga buvusi visų vienoda: neilgai trukus po dažymo vokų oda imdavusi degti, parausdavusi ir pabrinkdavusi. Uždegiminiai vokų pakitimai per pirmąją naktį taip pablogėdavę, kad pacientai rytą nebegalėdavę atsimerkti. Prie to prisidėdavę konjunktyvitas su gausia sekrecija ir su smarkiu vokų ir akies obuolio konjunktyvos paburkimu. 3 atvejais buvę lopais nusinėrę paviršutiniai ragenos epitelio sluoksniai. Photophobia buvusi nepakenčiama. Viename atsitikime sudrumstėję ragenos pakraščiu gilieji jos sluoksniai, ir po išgijimo pasilikusios makulos. Vokų kraštuose pagal blakstienų šaknis buvę mažučių pūlyminių ir plikų dėmelių, pasidariusių, tur būt, iš nudegimo. Degimas trukdavęs 2—4 savaites. Dažų rūšis nustatyti buvę labai sunku. Tiktai vienu atsitikimu pasisekę gauti dažų ir nusiųsti į farmakognozinį institutą ištirti. Toji medžiaga buvusi henna su 14% paraphenylendiamin'o priemaiša. Kadangi panašių atsitikimų buvę stebėta dar Vokietijoje, Amerikoje, Švedijoje, Lenkijoje (ir Lietuvoje, P. A.), tai autorius reiškia pageidavimą, kad visuomenei būtų paaiškinta apie šitos kosmetinės mados pavojus. *P. Avižonis.*

NERVŲ IR PSICH. LIGOS.

3. K. Hoesch (Diuseldorfas): **Migräne und Nebenschilddrüseninsuffizienz.** (Migrenė ir gl. parathyreoidea nepakankamumas). (Münch. med. Wschr.“ 1937 m. 34 nr.).

Gl. parathyreoidea nepakankamumas — dažnas ligūstas pasireiškimas — esąs kataraktos, epilepsijos, migrenės priežastimi. Migrenės priepuolio metu esanti hypocalcaemia, kuri rodanti minėtos liaukos sušlubavusį veikimą, taip pat kartu pastebima nuovargis, parastezijos, vazomotoriniai sutrikimai, nervų dirgulys, cataracta tetan. pradžia.

N. Indrašius.

STOMATOLOGIJA IR DENTIATRIJA.

7. W. Baur: **Ernährung und Paradentium** („W. Kl. Woch." 1936. 31—32 nr.).

Kadangi dar iki šiol nėsanti žinoma tikra etiologija vadinamos „alveolinės pyorėjos", kuri dar vadinama paradentoze arba paradentitu, tai esą autorių, kurie tvirtina, kad tas susirgimas esąs medžiagos apykaitos sutrikimų padarinys, kaip kad, pav., rachitas, osteomalacija. Kiti autoriai tvirtina, kad paradentito priežasties reikią ieškoti endogeniniuose alimentariniuose sutrikimuose.

Straipsnio autorius, pasirėmęs savo ilgamečiais tyrimais, priėjęs išvadą, kad „alveolinės pyorėjos" esmę sudaraąs marginalinio paradentium'o uždegimas, kuris del grynai mechaniško funkcinio dantų apkrovimo plečiąsis ir, tirpindamas alveolės sienelę, privedąs dantis prie klibėjimo ir jo padarinių; tuo būdu dantų funkcija virstanti tolimesne ligos priežastimi. Ligos eigą nulemianti įgimta arba įgyta audinių predispozicija.

Tvirtinimas, kad paradentitas esąs medžiagos sutrikimo padarinys, esąs neteisingas todėl, kad medžiagos apykaitos sutrikimai duodą sisteminius susirgimus, kurie tiek etiologijos, tiek morfologijos atžvilgiu skiriąsi nuo grynai vietinio paradentito. Medžiagos apykaitos sutrikimai galį tik sumažinti paradentinių audinių atsparumą ir tuo būdu paskatinti paradentito atsiradimą. *Vyt. Damijonaitis.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Alveolitų gydymas orthoform'u ir cohesan'u.**

Vienos dantų gydymo instituto chirurginio skyriaus (Kieferstation) asistentas dr. Trauner poekstrakcinius alveolitus, kurie jau yra užtrukę kelias dienas, gydąs šiuo būdu:

Atvykus pacientui su nusiskundimu del poekstrakcinių skausmų, pirmiausia rentgeno pagalba patikrinama, ar yra užsilikusi šaknis, ir žiūrima, ar yra aštrių alveolės kraštų. Jei šitie patikrinimai nieko įtartino neparodą, tada padaroma tokia injekcija, kuri yra daroma atitinkamo danties ekstrakcijai. Paskui, įdėjus pacientui seilių siurblį, alveolė labai gerai išvaloma ekskavatoriais ir praplaunama stipria šilto vandens srove iš didelio švirkšto. Po to į alveolę ant dugno įberiama orthoform'o miltelių arba įstatomas orthoform'o štiftas, ant kurio įvedamas jodoforminis tamponas, išteptas tam tikra limpama mase — cohesan'u. Tas tamponas turįs būti įvestas taip, kad nesiektų minkštųjų dalių (gingivos), o liestų tik kaulinę alveolės sienelę, nes priešingai jis blogai prilips. Įvedus tą tamponą, pacientas turįs pasėdėti su seilių siurbliu 15—20 minučių, kol cohesan'as sukietėja taip, kad nepraleidžia į alveolę seilių. Po to, ant cohesan'u ištepto tampono galima dar uždėti paprastas jodoforminis tamponas, kuris po poros dienų pašalinamas. Cohesan'u išteptas tamponas, kuris visiškai sukietėja, alveolėje laikomas 8—14 dienų. Per tą laiką alveolėje susidarą pakankamai granuliacijų ir cohesan'u išteptas tamponas galįs būti pincetu ištrauktas.

Pažymėtina, kad toks alveolitų gydymo būdas visais bandytais atsitikimais davęs labai gerų rezultatų; visi pacientai, kuriuos prieš gydymą kankinę poekstrakciniai skausmai, praėjus 1—1½ valandos po aukščiau aprašytos manipuliacijos, skausmai praeidavę ir daugiau nebegrįždavę.

Neigiama to gydymo pusė esanti ta, kad cohesan'as nėsąs preparatas, pagamintas specialiai mediciniškiems tikslams, tačiau nepaisant to, Trauner nė karto nėsąs pastebėjęs kurios nors komplikacijos.

Vyt. Damijonaitis.

× **Anemijos gydymas kaulų smegenų injekcijomis.**

Moderniškas anemijos gydymas esąs tuo sėkmingesnis, juo aiškesnė esanti etiologija. Bet labai dažnai, anemijos atsitikimais pašalinus etiologines priežastis, nepasisekę gauti pagerėjimo. A. Schretzemayer turėjęs keletą tokių piktybinės anemijos atsitikimų, kur nei gydymas kepenimis, nei kraujo transfuzija ir nei kitomis priemonėmis nieko nepadėjęs. Ypač blogi gydymo rezultatai esą sunkių, daugiau chroniškų anemijų atvejais, kai Hb esti mažiau kaip 20%. Dažniausiai minėtais atsitikimais nebūną kaulų smegenų aplazijos, nes, padarius sternalinę punkciją, nerandama kaulų smegenų atrofijos.

Kai geležies, arseno terapija esanti bejėgė, tai šiek tiek padedąs gydymas kepenimis, bet daugiausia padedanti kraujo transfuzija, bet šita priemonė esanti labai brangi ir del techniškų kliūčių sunkiai prieinama. Todėl labai svarbu esą surasti terapija, kuri panašiai veiktų, kaip kad kraujo transfuzija, skatindama kraujo gaminamuosius organus regeneruoti.

Gibelli, Mansfeld, Heiz, Masao ir kt. eksperimentais įrodė, kad eritrocituose esą medžiagų, vadinamų „Reizstoffe“, kurias Carnot, Deflandre pavadinę hemoprotejinais. Manoma, kad minėtos „Reizstoffe“ skatinančios kaulo smegenis regeneruotis.

Vietoje kraujo transfuzijos dabar esą naudojama šviežiai paimtų žmogaus kaulų smegenų injekcijos. Pradžioje naudojamos nuosavų kaulų smegenų injekcijos, paskui iš kito sveiko žmogaus, o dar vėliau iš to, kurio yra stipri kaulų smegenų regeneracija.

Technika yra labai paprasta: padarius sternalinę punkciją, paimama 1—2 kb. cm. kaulo smegenų košės ir iš jų vienas lašas panaudojamas morfologiškai tirti, o likusieji suleidžiami intramuskuliškai. Kraujo grupės čia nesvarbu.

Patikrinimui, ar minėtoji terapija parodo kurį nors veikimą kaulų smegenims ar ne, reikia po injekcijos sekti retikulocitai, Hb ir eritrocitų kiekis, paskui kliniški simptomai. Paprastai retikulocitai patirinami prieš injekciją ir po injekcijos—būnąs žymus jų skaičiaus padidėjimas. Retikulocitų skaičius galįs padidėti dėl įvairių priežasčių, todėl svarbiau yra sekti bendrinė ligonio būtis. Paprastai, tuojau po injekcijos subjektyviai pagerėjanti bendrinė ligonio būtis, nors kartais kraujo vaizdas greitai ir nepakintąs.

Autoriaus nuomone, minėtoji gydymo metodė esanti labai gera, todėl jis ją plačiai savo klinikoje taikąs. Sunkiais atsitikimais injekcijos bent keletą kartų pakartojamos. Kaulų smegenys injekcijoms imamos iš sveikų asmenų arba iš rekonvalescentų — pasveikusių po anemijos. Sunkiais anemijos atvejais diagnostikos reikalui patariama daryti ligoniams sternalinė punkcija, kuri ligoniui jokios žalos nesudaranti. Kai kada autorius kaulo smegenų injekcijas kombinuojąs su compolon'o injekcijomis, ypač kai anemija atsirandanti dėl helminthiasis ar dėl maliarijos. („Klin. Woch.“ 1937 m. 29 nr.). *T. Šiurkus.*

× **Neuritų gydymas B- vitaminu.**

Dėl avitaminozės atsirandanti Beri-beri liga. Jos klasiški simptomai — paralyžiai, edemos, skrandžio-žarnų sutrikimai, svorio kritimas.

Suteikus tam tikrą kiekį B-vitamino, minėtieji reiškiniai greitai pranyksta, todel buvęs panaudotas antineuritiškas B_1-vitaminas įvairių nervinių susirgimų atvejais.

Vitaminų deficitas atsirandąs del jo stokos maisto produktuose arba del negalėjimo išnaudoti, esant skrandžio ir jeknų ligoms. Tokiais atvejais vitaminų deficitas papildomas parenteraliai jį įvedant; ir šitas būdas esąs labai geras. Stingant B_1- vitamino sumažėjanti skrandžio sekrecija, paskui visai pranykstanti. Ypatingai didelis B_1- vitamino pareikalavimas esąs vaikų amžiuje, nėštumo ir laktacijos metu, po sunkaus fizinio darbo, esant žemai aplinkumos temperatūrai ir anksti pavasarį, kada esanti padidėjusi medžiagos apykaita ir padidėjęs hormonų veikimas.

Daugiausia B_1- vitamino turinčios alaus mielės. 1931 m. jis buvęs išskirtas iš mielių kristalų pavidalu. Jo chemiška bruto formulė—$C_{12}H_{16}N_4OS_4$, t. y. vienintelis vitaminas, turįs sieros. Jis naudojamas preparato — b e t o x i n pavidalu, intra venam, sub cutem et intra musculos. Betoxin taikomas įvairių neuritų atvejais. S t e f a n M o l n a r gerų rezultatų gavęs polyneuritis atveju po vid. šiltinės. Paskui betoxin'ą taikęs neuritis n. femoralis atvejais po 400 TE (Taubeneinheit) intra musculos kasdien. Po 2 injekcijų sumažėję skausmai, po trečios injekcijos pranykusi termohyperesthesia, po 7 injekcijų raumenys atgavę savo normalią jėgą ir ligonis vaikščiojęs be lazdos, bet dar jautęs labai mažus skausmus.

St. M o l n a r gavęs gerų rezultatų betoxin'u gydydamas n. trigeminus neuralgijas. Moteris, 51 metų, turėjusi dešinėje veido pusėje priepuoliais užeinančius tipiškus skausmus, kurie prasidėję prieš 10 metų. Buvę išbandyti įvairūs gydymo būdai, bet niekas nepagelbėjęs, net opiumas nesumažinęs skausmų; todel buvę pradėta kasdien leisti po oda po 400 TE. betoxin'o ir po 7 dienų skausmai visai sumažėję, o praėjus 16 d. ligonė išėjusi iš ligoninės neturėdama skausmų. („Kl. Woch." 1937 m. 29 nr.).

T. Šiurkus.

× **Tepalas su gyvačių nuodais rhinitis vasomotorica ir kitoms ligoms gydyti.**

A d o l f a s M e c h n e r ne kartą esąs įsitikinęs, kad bičių nuodai gerai veikią reumatą. Gydydamas reumatikus, autorius netikėtai pastebėjęs, kad kartu su reumatinių skausmų išnykimu, visada pagerėją rhinitis vasomotorica ir slogos, kai reumatikas ir tomis ligomis sirgdavęs.

Ligoniai, kurie kankindavęsi chroniškomis slogomis ir nosies netvarką, pradėti gydyti bičių nuodais, jaučią didelį pagerėjimą, o objektyviai išburkusi nosies gleivinė grįžtanti į normą.

Autorius pradėjęs gydyti rhinitis vasomotorica ir chroniškas nosies slogas bičių nuodais, sumaišytais tepalų pavidalu. Autorius iš karto tokį tepalą įtrindavęs į rankas, kojas ir t. t., o vėliau pradėjęs stačiai įtepti nosių gleivinę. Rezultatai buvę labai puikūs.

Toliau autorius sako, kad bičių nuodai farmakologišku veikimu ir net sudėtimi esą labai panašūs į gyvačių nuodus. Už tat autorius pradėjęs minėtąsias ligas gydyti gyvačių nuodais. Veikimas pasirodęs labai teigiamas. Tepalus autorius imdavęs iš seroterapijos instituto Vienoje. Tepalai esą labai tiksliai dozuoti ir, išmintingai vartojami, ligonio sveikatai visai nepavojingi.

Gyvačių nuodų tepalas, įtrintas į ranką, jokių nemalonumų nesukeliąs, o bičių nuodai dažnai sudirginą odą ir atsirandą išbėrimų.

Tepalas su gyvačių nuodais įtrinamas į ranką du kartus per parą. Trinama vieną kartą į vieną, o antrą kartą į antrą ranką. Dažniausiai jau po antro įtrynimo gaunamas ryškus slogų pagerėjimas. O įtrynus 4—6 kartus, pranykstą visi nemalonumai, kaip kad, pav., čiaudėjimas, nuolatinė iš nosių sekrecija ir sunkumas alsuoti pro nosis. Autorius pagydęs daug tokių ligonių, kurie sirgę daug metų chron. slogomis ir įvairiausi gydymai nieko nepadėję.

Paprastai reikalinga 4,0—8,0 minėtojo tepalo. Pagerėjimas laikąsis keletą savaičių, o kartais net keletą mėnesių.

Autorius negavęs greitų ir tokių gerų rezultatų gydydamas slogas, kurios buvusios labai senos ir buvusios gydomos chirurgiškai (gausūs polipai) ir kai buvę kartu susirgę paranazaliniai tuštymai.

Toliau autorius gavęs nuostabiai gerų rezultatų gydydamas ūminius rinitus. Ūminiai rinitai pagerėdavę po keleto valandų. Chroniškais ir ūminiais rinitų atsitikimais visada objektyviai buvęs matomas aiškus gleivinės paburkimo sumažėjimas ir tuo būdu ligonio subjektyvus pagerėjimas.

Gyvačių nuodai veikią sutraukdami nosies gleivinės kraujagysles. Tuo būdu gyvačių nuodų veikimas esąs labai panašus į kokaino ir adrenalino veikimą. Tik gyvačių nuodai tepalo pavidalo duodami įtrinant į ran-

ką ir turima reikalo su rezorbcija. Be to, nedirginama ir taip jau sudirgintoji nosies gleivinė. Tat irgi reikią laikyti dideliu pliusu. („Wien. med. Wschr." 1936 m. 38 nr. — Ref. iš „Sov. vrač. žurn." 1937 m. 7 nr.).

Pr. Vaičiulis.

× **Kaip žuvų taukai veikia sporines ir besporines bakterijas?**

Drigalski pastebėjęs, kad žuvų taukai, sumaišyti su riebalais arba vazelinu, užmušą bakterijas. Sporinės ir besporinės bakterijos pradedančios nykti, kur yra žuvų taukų; ypač nepakeliančios žuvų taukų tos bakterijos, kurių esama žemėse. Panašiai veikią žuvų taukai ir tas bakterijas, kurios esančios virškinamajame latake ir šlapimų organuose.

Tuo būdu ir galima esą paaiškinti geras žuvų taukų ir tepalų su žuvų taukais veikimas gydant žaizdas. („Zentrbl. f. Chir." 1937 m. 27 nr.).

Pr. Vaičiulis.

× **Chroniškų artritų gydymas bromsalizol'iu.**

D. S. Macht ir R. W. B. Mayo (Baltimore) gydę daugelį chroniškų artritų su bromsalizol'iu (monobromsaligenin arba 2-oxy-5-brombenzylalkohol) ir gavę iki 75% žymų pagerėjimą. Autoriai pastebėję, kad šitas preparatas žymiai geriau veikiąs, negu kad antipyretica ir kodeinas. Ligoniai šitą preparatą labai gerai pakelią ir jokių nemalonių pašalinių reiškinių negauną. Tiesa, kartais būnąs perjautrus skrandis ir duodąs kai kuriuos nemalonumus.

Šitas preparatas duodamas po 5—10 granų (granas=0,06 gramo) 3 kartus per dieną per os. (Karl Fritsch (Kassel): „Zentralbl. f. Chir." 1937 m. 27 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

× **Chroniškų fistulių gydymas su cuprum sulfuricum.**

G. H. Wittmann (Karaliaučius) daug išgydęs chroniškų fistulių su cuprum sulfuricum 10%. Autorius vieną kartą per savaitę su buka adata įšvirkščiąs į fistulę (jei jų daug, tai švirkština atskirai į kiekvieną fistulę) sol. cupri sulfurici 10%. Švirkština tol, kol pradės sol. cupr. sulfurici tekėti atgal. Svarbu, kad šitas skiedinys gražiai užpildytų fistulę ir pasiektų patį židinį. Be to, svarbu, kad šitas skystis ištemptų fistulės sienų raukšles. Išėmus švirkštą paprastai sol. cupri sulfurici 10% perteklius išbėgąs laukan. Po to keletą dienų ligonis karščiuojąs, o iš fistulių teką pilkai melsvos spalvos sekretas ir apgriuvę audiniai. Paprastai po 4—5 d. fistulės užsitraukiančios granuliacijomis. Po 3—5 fistulės pripildymų su sol. cupri sulfurici 10% jos užgyjančios.

Kad nebūtų tokie dideli skausmai, tai prieš į fistulę įleidžiant sol. cupri sulfurici 10%, švirkština 2% 5 kb. cm. novocain-suprarenin'o skiedinio.

Taip gydant fistules, odos ir sausgyslių sužalojimo nepasitaikę.

Autorius sako, kad vienas ligonis, sergąs coxitis tuberculosa, miręs apsinuodijęs cuprum sulfuricum.

Apsinuodijimo pirmieji ženklai esą šie: burnoje metalinis skonis, ledakumas ir vėmimas. Panašūs apsinuodijimo ženklai autoriui pasitaikę 2 iš 50 gydytų fistulėmis sergančių ligonių (iš jų vienas, sergąs coxitis tbc., miręs).

Toks gydymas taikomas: fistulėms, kurios yra minkštosiose kūno dalyse, be to, įėjimas į kaulą turįs būti užgijęs arba gerokai apgijęs, kad vaistai nepatektų į kaulo tuštymą.

Po įšvirkštimo būną dideli skausmai, pakylanti temperatūra ir neatsargiai taikant sol. cupri sulfurici 10% — apsinuodijimas.

Negalima šito būdo taikyti toms fistulėms, kurios išeina nuo parenchyminių organų, kaip kad, pav., kepenų, plaučių, inkstų ir t. t.

Kontraindikacija: kepenų, inkstų ir kraujo apytakos sutrikimai.

Svarbu pirma fistulės pripildyti kontrast-preparatu ir padaryti rentgenograma. Tada sužinoma, kur ir kokia yra fistulė. („Zentralbl. f. Chir." 1937 m. 27 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

× **Tonsilitis acuta gydymas.**

Pasak W. Hensle's (Manheimo miesto ligoninėje) jau esąs ras-

tas tikras būdas taip išplitusiai ligai, kaip kad angina (tonsillitis acuta), gydyti. Jau seniai buvę daug kalbama ir rašoma, kad anginos nėsančios vietinis susirgimas, bet esančios tik vienas bendrine infekcija susirgusio organizmo simptomas. Šitą teoriją dar labiau sustiprinąs faktas, kad po bismuto injekcijų anginos labai greitai išnykdavusios.

A. Monteiro pirmas paskelbęs, kad ūminiai tonsilitai labai greitai išnykstą, pavartojus poodines bismuto injekcijas. De Mello gydęs 140 vaikų, sirgusių ūminėmis pūlingomis anginomis (tonsillitis purulenta acuta). Pusę tų vaikų jisai gydęs paprastu būdu, o antrą pusę — bismuto injekcijomis. Po bismuto injekcijų jau daugelis vaikų 8—6 val. skausmais nebesiskundę, pralinksmėję ir buvęs ryškus objektyvus ir subjektyvus pagerėjimas. Kitą dieną temperatūra kritusi, lymfadenitai, tonsilių srityje paraudonavimas ir patinimas išnykę. Komplikacijų beveik jokių nebuvę. Boese vartojęs injekcijoms jodo-chinin-bismuto preparatą cupangin (Gaminama Hamburge). Boese bandęs dar ir antrą preparatą etosio ir gavęs ryškius pagerėjimus 90% iš 152 sirgusiųjų anginomis. Taip pat greitai temperatūra kritusi, paraudimas, skausmai ir patinimas tonsilių srityje išnykę per 12—24 val. Likusieji 10% pagiję po antros bismuto injekcijos.

Pasak prof. J. Berberich'o (Frankfurtas a. M.), bismuto injekcijos prieš anginas esančios pakankamai išmėgintos ir neabejotinai gerai veikančios. Prof. Berberich gydęs 50 anginos atsitikimų, kurie visi pagiję nuo vienos bismuto injekcijos. Iš jų dauguma jautę žymų pagerėjimą jau po 6—8 val., o po 24 val. visi buvę beveik sveiki. Svarbu, kad bismutas greitai rezorbuotųsi.

Kiti labai girią preparatą lecibis. Šitas preparatas esąs sudarytas iš aliejų, kurių 1 kb. cm. esą 0,04 metalinio bismuto. Šitas preparatas greitai rezorbuojąsis ir labai gerai veikiąs. Paprastai injekuojamas į musc. gluteus lecibis'o visa ampulė. Jisai labai gerai pakeliamas. Reikią žiūrėti, kad švirkštas būtų absoliučiai sausas nuo vandens. Prieš injekciją išimtas iš vandens švirkštas daug kartų praplaunamas spiritu, acetonu ir eteriu, tik tada traukiami iš ampulės vaistai ir švirkščiami į raumenis. („Ars Medici" 1937 m. 5 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

× **Kaip gydytinas naevus pigmentosus, norint gauti geriausius kosmetinius rezultatus?**

Prof. R. O. Stein pataria naevus pigmentosus gydyti su anglirūgšte (CO_2). Taip gydant gaunama geriausių kosmetinių rezultatų.

Jei naevus pigmentosus auga, tai reikią pradėti gydyti tuojau. Bet jei jis neauga, tai galima laukti, iki vaikui sukaks 10 metų amž.

Kaip gydyti naevus pigmentosus su anglirūgšte, aprašyta knygoje: „Haarkrankheiten und kosmetische Hautleiden". Verlag Julius Springer, Wien 1935. („D. Ärztl. Praxis" 1937 m. 9 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

× **Moderniškas epilepsijos gydymas.**

Dr. Maximillian Silbermann (iš Vienos) pradžioje nurodo, kad epilepsija šiandien gydoma šiais būdais:

1) taikant bendrinę higieną, 2) medikamentais, 3) dieta ir 4) dieta su kruvinu chirurgišku būdu.

Bendrinės higienos laikantis epileptikas turįs vengti šių žalingų agentų: neturįs vartoti tabako, alkoholio; neturįs piktnaudoti seksualinės sferos, ypatingai žalingi šitoje srityje perdėjimai (nesaikingumai); turįs vengti didelių saulės spinduliais peršilimų (ir apskritai peršilimai epileptikui esą žalingi); turįs laikytis nepavojingų vietų, kad ištikus priepuoliui neužsimuštų, neprigertų ir t. t.

Vaistų, kuriuos autorius taiko epileptikams gydyti, šitame ilgame straipsnyje yra suminėta labai daug, bet rezultatais autorius nesigiria.

Autorius pirmiausia rekomenduoja bromo - luminalio terapiją (bromo iki 4,0 per parą, o luminalio 0,05 iki 0,1 vakare einant gulti).

Dieta turinti būti neturtinga valgomąja druska (NaCl). Kaikurie epileptikai bromo ilgai vartoti negalį. Tatai gydytojas turįs žinoti.

Kai nuo bromo gaunamas apsinuodijimas, tai duotina sol. natrii chlorati 4% 20—30 kb. cm. parai.

Amerikiečiai, pasak autoriaus, pradėję vartoti donhyde (bromo preparatai su nežinomų medžiagų priedu), kurio duodama du kartu per parą po kavinį šaukštelį. Tuo pačiu metu duodamas luminalis mažomis dozėmis.

Neseniai esąs sugalvotas dar smarkiau veikiąs kaip kad donhyde preparatas eigene. Bet jo iki šiol dar gydymui pritaikyti negalėta.

Kai bromo preparatai neveikia, autorius siūlo borą. Prancūzai plačiai vartoją boro preparatą borosodin'ą; autoriaus klinikoje vartodavę tartarus boraxatus, kurio duoda ant galo peilio tris kartus per parą. Boras galima kombinuoti kartu su bromu ir luminaliu.

Autorius gerų rezultatų gavęs gydydamas su episan'u (episan'o sudėtis ši: bromas + borax + zincum oxydatum + valerijono tabletės). Duodamos 3—4 tabletės per parą.

Kiti, pasak autoriaus, mėginę calcium intra venam, opium, bromą su atropinu ir bromą su belladonna, bet gerų rezultatų negauta.

Priepuolių metu vartojamas sol. osmonin 33 — iki 50% intra venam, toliau taikomas calcium-diuretin, hexamethylentetramin, formamid ir t. t.

Kiti brangina padutin'ą; francūzai pradėję vartoti acetylcholin'ą. Vienas ir antras preparatai išplečią kraujagysles ir tuo būdu numušą kraujo spaudimą. Acetylcholinchlorid Roche duodamas po oda arba intra musculos kasdien po 0,05 iki 0,2.

Dar vartojamas epilamin Richter ir epicom (Kauders). Epilamin turįs savyje barbituriniu rūgščių, bromo, ergosterin'o ir calcium formicicum. Duodama po 4—6 tabletes parai pavalgius. Galima vartoti ilgą laiką.

Kiti bandą epilepsiją gydyti, dirbtinai pakeldami kūno temperatūrą, pav., typhus'o vakcina, xafal'io pienu, malaria-tuberculin'u ir autohemoterapija.

Dattner mano, kad epilepsija esanti alerginė reakcija į kai kurias maisto medžiagas. Todėl epileptikui turinti būti pritaikyta tam tikra dietą. Vengtina šokolado, kiaušinių, margarino. Epileptikui esąs labai naudingas cukrus. Cukraus duotina per parą apie 200,0 ir daugiau. Vengtina skystų valgių; maitintis kiek galima sausesniais valgiais. Mėsa ir riebalai epileptikui esą naudingi. Vengtina sūrių.

Paskutiniu laiku pradėję gydyti epileptikus, įpūsdami jiems į smegenis oro. Pašalinus cerebrospinalinio liquor'o 100 kb. cm., į jo vietą tuč-tuojau įpučiama 10 kb. cm. oro. Luminalis, oro įpūtus, tebeduodamas ir toliau. Po tokio gydymo esą buvę pagerėjimų ir net išgijimų. Tačiau autorius apie šito gydymo rezultatus kalba miglotai.

Būdinga, kad vartojama įvairiausiu medikamentų, bet tinkamo gydymo iki šiol dar neturima. Tat aiškiai įrodo šitas labai ilgas apie epilepsijos gydymą straipsnis. („D. Ärztl. Praxis" 1937 m. 9 nr.).

Pr. Vaičiulis.

× **Dirbtinių skrandžių opų gydymas tryptophan'u.**

O. Fürth ir Scholl (Vienoje) gydę 32 didelių šunų skrandžio opas (ulcus ventriculi) su tryptophan'u. Opos šunims buvusios dirbtinai padarytos. Tryptophan'as, kaip tyrimai parodę, labai pagreitinąs dirbtinių skrandžio opų gijimą. Autoriai net nedrąsiai manąs, bene tryptophan'as būsiąs specificum gydant tikrąją skrandžio opą. („Münch. med. Woch." 1937 m. 35 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

× **Symphyseolysis gimdant.**

Imre Kopitz (Peste) aprašo, kad 31 metų moteriai, gimdančiai 2-ą kartą visai normaliai išnešiotą kūdikį, išsiskėtęs symphysis

ossium pubis. Moteris buvusi visai sveika. Gimdant pasigirdęs savotiškas trakštelėjimas, po ko atsiradę dideli skausmai in regione ossium pubis. Pagimdžius rentgenogramoje symphysis pasirodęs išsiskėtęs apie 3 cm. Po 10 savaičių ligonė buvusi įdėta į gipsą, o 16 savaičių nešiojusi specialų gorsetą. Buvęs 3 cm. plyšys sumažėjęs iki 1 cm. Išsiskėsdamas symphysis ossium pubis nedaug sužalojęs šlapimų pūslę, bet jokių kitų komplikacijų nebuvę. („Münch. med. Woch." 1937 m. 35 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

× **Seksualinių hormonų rezorbavimasis.**

Masao Ito, Seizi Najazu ir Turuziro Kon-Kawasaki (Japonijoje) tyrinėdami pastebėjo, kad moteriškieji folliculin'o hormonai rezorbuojąsi pro odą (buvę daryti bandymai su žiurkėmis ir bezdžionėmis). Įtrynus folliculin'o hormonų, kaip kad ir po injekcijų, išsivystąs uterus, mammae ir t. t. Veikimas labai pareinąs nuo medžiagos, su kuria tie hormonai sumaišyti. Smarkiausiai veikiąs 60% alkoholinis skiedinys. Vandeninis skiedinys, kremų pavidalo, su lanolinu ir vazelinu folliculin'o hormono veikimas suminėtąja tvarka mažėjąs.

Labai puikiai veikiąs alkoholinis skiedinys, vartojamas per cutem. Folliculin'o hormonas, duodamas per os, taip pat veikiąs, bet žymiai silpniau ir vaistai reikią duoti ilgiau.

Vyriškieji hormonai, įtrinami pro odą, rezorbuojąsi panašiai, kaip kad ir moteriškieji. („Münch. Med. Woch." 1937 m. 35 nr.).

Pr. Vaičiulis.

× **Prontosil'io rezorbavimasis skrandyje.**

Pasak G. Meyer'o Hörste (Diuseldorfe), prontosil'io milčiukai paprastai skrandyje susijungią su ac. muriaticum ir greitai ištirpstą. Ištirpę galį lengvai rezorbuotis. Bet jei žmogus serga, tai dažnai ir skrandyje būną maža rūgščių arba visai jų nebūną. O tat labai sumažiną prontosil'io gerą veikimą, o kartais protonsil'is galįs net visai neveikti. Ypatingai tat svarbu, kai ligonis sunkiai sergąs, esąs silpnas ir turįs aukštą temperatūrą.

Tokiais atsitikimais, kai prontosil'is neveikia, arba kai nujaučiama, kad ligonio skrandyje esąs sumažėjęs ac. muriaticum rūgštingumas, po prontosil'io tabletės visada reikia dar duoti 6—10 lašų sol. ac. muriatici officinalis. Galima užlašinti ac. muriaticum ant tabletės ir tik tada duoti ją ligoniui. Tada prontosil'io veikimas būsiąs žymiai tikresnis. („Münch. med. Woch." 1937 m. 4 nr.) *Pr. Vaičiulis.*

Dr. L. Koganas.

Kova su tuberkulioze Rusijos Tarybų Sąjungoje.

1937 m. vasario ir balandžio mėn. man, kaip inturistui, teko aplankyti Sovietų Sąjunga ir susipažinti teoriškai, iš dalies ir praktiškai, kaip kovojama ten su tuberkulioze. Šitame pranešime pasistengsiu pasidalinti savo įspūdžiais.

Mano kelionės maršrutas buvo šitoks: Maskva, Rostovas, Tbilisi, Boržomi, Abras-Tumani, Batumi, Soči, Maskva, Leningradas. Kiekviename mieste buvau po keletą dienų ir turėjau progos susipažinti su prieštuberkuliozinėmis įstaigomis.

Važinėti po Sąjungą yra patogu: inturistas labai gerai aptarnauja savo klijentus, kiekvienoje stotyje keleivį sutinka inturisto agentai, automobiliu nugabena į viešbutį, kur yra rezervuotas kambarys ir parūpinamas valgis. Važinėjantiems iš miesto į miestą inturistas duoda bilietus, miegamus vagonus etc. Kainos prieinamos ir važinėti daug pigiau išeina, negu Europoje.

Maskvos Centrinio tuberkuliozinio instituto direktoriaus prof. V. S. Cholcman'o padedamas, turėjau progos apžiūrėti tuberkuliozines įs-

taigas Maskvoje ir provincijoje. Prof. Cholcman'o laiškai, kuriuos jis man buvo davęs, padėjo man visur prieiti ir aš galėjau susipažinti su darbu, kiek, žinoma, per 6 savaites suspėjau.

Pradėsiu nuo oficialinių duomenų apie prieštuberkuliozinių įstaigų tinklą, kuriuos aš gavau iš Maskvos Centrinio tuberkuliozinio instituto socialinio skyriaus vedėjo d-ro S. E. Nerlin'o. Duomenys iš 1936 m. sausio mėn. 1 d.

Reikia pastebėti, kad šitie duomenys ne visai teisingi, neapima visų įstaigų, nes faktinai įstaigų yra daugiau, negu kad nurodyta.

Įregistruotos šios įstaigos:

Dispanseriai: visoje SSSR yra 863 dispanseriai; šitame skaičiuje yra specialiniai tuberkulioziniai dispanseriai ir tuberkulioziniai skyriai bendriniuose dispanseriuose. Be jų, yra dar daugiau kaip 50 dispanserių, kurie yra geležinkelių organizacijų žinioje. Jų skaičius Centriniui institutui nėra tikrai žinomas. Daugiausia dispanserių yra RSFSR ir Ukrainoje, kur miestuose vienas dispanseris aptarnauja vidutiniškai 50.000 gyv., bet, žinoma, ne visus vienodai, pav.: Novosibirske yra 2 disp. 400 tūkstančių gyventojų, Irkutske — 1 disp. 150.000, Kazaniuje — 3 disp. 200.000 gyv. Mažiausia dispanserių yra vidur. Azijoje. Iš šitų dispanserių apie 600 aptarnauja tik miestus, apie 200 miestą ir kaimą (100 yra mažuose miesteliuose ir jų klijentai yra daugiausia kaimo gyventojai), 46 yra grynai vien kaimo gyventojams.

442 dispanseriai yra specialiai tuberkulioziniai, 121 yra tuberkulioziniai skyriai bendriniuose dispanseriuose ir 300 yra vadinami tuberkulioziniai punktai, turį vieną gydytoją ir vieną gail. seserį, bet visi turi arba savo rentgeno aparatą arba naudojasi kitų įstaigų aparatais.

Teko apžiūrėti keli dispanseriai Maskvoje, ties Maskva, Tbilisį ir Batume. Maskvoje teko būti 3-juose tuberkulioziniuose dispanseriuose. Tai didelės įstaigos, kuriose dirba daug gydytojų, seserų ir kt. personalo. Etatai susidaro iš gydytojo administratoriaus - vedėjo, kelių specialistų (plaučių gydytojo, laryngologo, ortopedo, pediatro etc.), laboratorijos vedėjo su laborantais, rentgenologo etc. Kiekvienas dispanseris Maskvoje turi rentgeno aparatą, kai kurie turi net po 2 aparatus. Dispanseriuose naudojamos visos diagnostinės priemonės, kiek tat galima padaryti ambulatoriškai (stetakustiški, rentgenomorfiški ir rentgenografiški tyrimai, laboratoriški tyrimai etc.), atliekama terapija (pneumothorax, ortopedija etc.) ir, be to, prie jų yra eilė pagelbinių įstaigų, kaip kad naktinė sanatorija, dietetinė valgykla, fizinės kultūros aikštelės etc.

Reikia pripažinti, kad Maskvos dispanseriai labai gerai organizuoti būstinių, aparatūros ir personalo atžvilgiu.

Be specialaus tuberkuliozinio dispanserio, teko matyti dar vienas, vad. bendrinis dispanseris, „Jedinyj dispanser imieni Kaganoviča", Maskvos priemiestyje, Marjina Rošča. Šitas dispanseris laikomas pavyzdingu ir pagal jį organizuojamos kitos panašios įstaigos. Maskvoje jų yra 12, kiekvienas aptarnauja 120.000 žmonių, kiekvienam gydytojui tenka 4.000 gyventojų.

Bendriniame dispanseryje yra sujungta bendrinis gyventojų gydymas ir poliklinikas darbas — vadinasi, ambulatorinis priėmimas ir pagelba namie su specialiu profilaktiniu darbu, būtent: yra odos ir veneros, urologinis, tuberkuliozinis, dantų ir vaikų ligų skyriai. Laikoma, kad toks bendrinio mediciniško darbo ir dispanserinio darbo suvedimas į vieną įstaigą yra organizacinis ir socialinis progresas, nes vienoje įstaigoje yra visu specialybių gydytojai. Kaganovič'o vardo dispanseryje dirba 70 gydytojų, iš jų terapeutų 20 skyrių gydytojų. Tuberkuliozinis skyrius turi 5 gydytojus suaugusiems, 1 laryngologą, 3 pediatrus, 1 chirurgą. Rūmai specialiai pastatyti, labai gražūs, yra didelė laboratorija, rentgeno kabi-

netas. Darbas, kiek teko matyti, eina sklandžiai, bet yra, žinoma, ir trūkumų, kurie daugiausia pareina nuo kvalifikuotų darbininkų stokos.

Didelių dispanserių man teko matyti Rostove ir Tbilisi. Paskutiniame yra Gruzijos respublikos tuberkuliozinis institutas, moderniškai organizuotas su šiais skyriais: laboratoriniu, pneumoterapiniu, fizioterapiniu (sollux lempa, kvarco lempa, sauso oro tynė ir t. t.), chirurginiu, ortopediniu, pediatriniu ir gana didele laboratorija moksliškiems darbams. Dispanseriui ir institutui vadovauja prof. Abakelija, rimtas ftiziatras, kuris užima tuberkuliozės katedrą Tbilisi universitete. Dėstoma ir susirašinėjama gruzinų kalba. Teko būti egzaminuose, kuriuose, deja, nieko nesupratau nemokėdamas kalbos; klausimų ir atsakymų turinys buvo man trumpai pareferuotas. Kiek teko suprasti, studentai gauna gana daug žinių apie tuberkuliozę.

Institutas ir jo „bazė“ — dispanseris dirba gerai, bet yra ir trūkumų. Visų pirma Tbilisi miestas beveik neturi stacionarinės įstaigos tuberkuliozikams gydyti: visame Tbilisi yra tik 24 lovos tuberkuliozikams. Del to pneumotoraksai daromi namie pas ligonį arba ambulatorijoje, Rūmuose, kurie pastatyti tuberkuliozikų stacionarui, bus patalpinta akušerinė ligoninė, sąsyjyje su naujų abortų įstatymu. Tuo būdu gana didelis miestas lieka be stacionarinių lovų tbc. ligoniams. Be to, jaučiama ir čia stoka kvalifikuotų darbininkų, ypač rentgenologijos srityje.

1 atv. Kaimo dispanseris Možaiske.

Iš mažų dispanserių teko matyti vienas, kuris aptarnauja Možaisko miestą su apylinke ties Maskva. Ten sujungta kartu maža stacionarinė įstaiga ir dispanseris. Nors šitos įstaigos įrengtos kukliame name su kukliu įrengimu, bet entuziastų gydytojų, ypač vedėjo dr. Teplikov'o, dėka atlieka iš tikrųjų labai didelį darbą: stacionare yra vaikų kaulų tbc. skyrius 1-ame aukšte ir suaugusiems plaučių tbc. ligoniams antrame aukšte su atskirais įėjimais, skyriai vieni nuo kitų izoliuoti, panašiai kaip kad pas mus Panemunės sanatorijoje. Atliekama visa terapija, pneumotoraksas, oro- ir helioterapija, ortopedija. Dispanseris yra kitame name su laboratorija paprastiems kliniškiems tyrimams ir gera rentgeno aparatūra. Šitas dispanseris su stacionaru aptarnauja Možaisko rajoną, kuris turi 65.000 gyv., kurių 17.000 gyv. yra Možaisko mieste, kiti gi yra kolchoz'o ir sovchoz'o gyventojai. (Žiūr. 1 atv.).

Visiškai gerai gyventojai aprūpinti pavyko dispanseriu tiktai rajone, kuris apima 4 kilometrus aplink miestą. Ten gydytojai ir seserys reguliariai lanko ligonius. Kurie gyvena toliau, tų pilnai aptarnauti nepavyksta. Važinėjimui yra arklys. Manoma, kad gavus automobilį pasiseks aptarnauti didesnis plotas. Šito dispanserio darbą iliustruoja šie skaitmenys:

1926 met. buvo 1.157 apsilankymai, 1934 m. — 1.917; 1926 m. rentgeno ištyrimų buvo 417, 1934 m. — 982; pneumotoraksų 1927 m. —

8 ligoniai su 14 papildymų, 1931 m. 25 lig. su 463 papildymais, 1934 m. 65 lig. su 1.011 papildymų. Atvirų tuberkuliozininkų buvo dispanserio žinioje 1927 m. 35 (iš jų 24 gyvena rajone 4 km. apie miestą), 1931 m.— 71 (46 netoli miesto 4 km. rajone) ir 1934 m. — 128 (48 4 km. rajone).

Šito mažo dispanserio darbas daro geriausią įspūdį.

Be paprasto dispanserio uždavinių, kaip tat yra Europoje, Sovietų dispanseriai veikia planingai, tyrinėdami tam tikras gyventojų grupes, norėdami surasti pradinį tbc. susirgimą.

Dispanserio tiriami: 1) dažnai sergantieji žmonės, 2) dažnai sergantieji gripu, 3) subfebrilitetai, 4) kontaktai. Be to, dispanseryje atliekami eiliniai tyrimai šių grupių: 1) studentų, 2) imamų į kariuomenę jaunuolių (doprizivnik'ų), 3) fabrikų mokyklų mokinių, 4) pedagogų ir vaikų įstaigų darbininkų, 5) maisto produktų ir kirpyklų darbininkų, 6) dirbančiųjų bloguose dirbtuvių skyriuose, 6) vaikų iš darželių.

Panašiai, bet kiek blogiau, yra organizuotas dispanseris Batumi mieste (Gruzijoje), kuris aptarnauja tiktai miestą, turintį 70.000 gyv. Dirba tik 3 gydytojai, rentgeno ir laboratorijos neturi, bet naudojasi jais poliklinikoje. Pneumotoraksą daro namie pas ligonį, papildymus — dispanseryje. Susirašinėjimas ir darbas atliekamas gruzinų kalba.

Reziumuojant dispanserinius įspūdžius, tenka pasakyti, kad dispanseriai organizuoti gerai ir, kad nepaisant kaikurių dispanserių trūkumų, visas jų tinklas atlieka didelį koordinuotą darbą, kuris, be abejo, pasiekia savo tikslą.

Dispanserio tinklas yra beveik pakankamai praplėstas miestuose, ypač centriniuose rajonuose; kaime gi dispanserizacija tik prasideda, ir toks dispanseris, kokis teko matyti Možaiske, yra išimtis, kuris organizavosi vietinių gydytojų ir visuomenininkų entuziazmo dėka.

Žadama pradėti darbas su judamaisiais dispanseriais ir tokie bandymai jau pradėti Voronežo tuberkulioziniame institute. Teko tik skaityti apie juos, nes į Voronežą neteko nuvažiuoti.

Stacionarinių lovų tinklas yra žymus. Štai Centrinio tuberkuliozės instituto skaitmenys iš 1936 m. sausio 1 d., kurie, kaip man pabrėžė, yra mažesni, kaip kad faktinai yra, nes ne visos įstaigos yra įregistruotos Centriniame tbc. institute. Ligoniams lovų miestuose ir aplink miestus yra 11.778, dispanserių ligoninėse — 2.159 lovos, sanatorinių lovų — 42.667, iš jų suaugusiems plaučių ligoniams — 20.245, vaikams su plaučių tbc. — 3.880, kaulo tuberkuliozininkams — 5.207, odos tbc. — 460, įvairioms formoms — 200, ir, be to, daugiau kaip 12.000 lovų įvairiose kurortų sanatorijose. Daugiausia sanatorinių lovų yra sostinių ir didelių miestų rajonuose, pav., Maskvoje ir jos rajone 7 mil. gyv. tenka 3.656 lovos, Leningrade 5,5 milij. gyv. — 2.725 lovos; periferijose yra lovų mažiau, pav., Kirovo-Viatskaja oblast turi tiktai 210 lovų, Čuvašų respublika — 1 mil. gyv. 150 lovų.

Be šitų, visoje SSSR yra 17.283 lovos naktinėse ir dienos sanatorijose, kurios taip pat galima priskirti prie stacionarinių įstaigų, ir keletas invalidų namų, kurie del gydytojų stokos yra organizacijos stadijoje.

Palyginti su caro laikais, tinklas labai didelis, bet jo neužtenka aptarnauti besikreipiantiems klijentams.

Kadangi SSSR kiekvienas pilietis turi teisę prireikus gauti vietą stacionarinėje įstaigoje, tai reikalavimas yra nemažas ir esamųjų vietų neužtenka. Todėl labai dažnai tenka girdėti nusiskundimų del sunkumo patekti į sanatoriją arba į tbc. gydymo įstaigą. Žmonės nusiskundžia, kad sunku esą gauti „putiovką" (leidimąs atsigulti gyd. įstaigoje), tenka ilgai laukti vietos, ilgiau, negu kad ligonio sveikata tai leistų.

Be šitų įstaigų, yra 5 darbo profilaktorijai, kur atliekama darbo terapija ir ligonių pritaikymas prie darbo, 3.000 lovų sanatorijose mažiems

vaikams, 1.800 lovų sanatoriniuose lopšeliuose ir žymūs skaičius tbc. vaikams klasių (mokyklose).

Didesnėse ir geresnėse stacionarinėse įstaigose ir dispanseriuose yra organizuoti institutai moksliškam tuberkuliozės tyrimui. Jų yra visoje SSSR 20. Jie yra kartu moksliniai ir organizaciniai prieštuberkuliozinės kovos centrai SSSR. Jų pryšakyje stovi Centrinis tbc. institutas prie Liaudies Sveikatos Komisariato (Centralnij tuberkuliozniij Institut pri narodnom komisariate zdravoochronenija), kuris reguliuoja visos respublikos prieštuberkuliozinį darbą ir leidžia žurnalą „Problemy tuberkulioza". Šito instituto direktoriaus prof. Cholcman'o dėka aš galėjau susipažinti su visomis įstaigomis.

Su šito instituto darbu teko man gana gerai susipažinti. Tat yra moksliškas ir pedagogiškas institutas, kuris turi kliniką su 100 ligonių, sergančių plaučių tbc., su terapiniu, chirurginiu, laryngologinu, rentgenologiniu, patologiniu, biocheminiu ir socialiniu skyriais, kurie sutalpinti buvusioje privatinėje akių ligoninėje. Kaulų tbc. skyrius yra kitoje vietoje, Maskvos priemiestyje Sokolniki, turi apie 100 lovų ir vedamas dr. Z. D. Lurje. Institutas yra moderniška tbc. klinika, kur atliekama visa moderniškoji terapija ir visi moksliški tyrimai.

Kliniškam skyriui vadovauja prof. Cholcman. Tuo laiku Maskvoje buvo nagrinėjama plaučių tuberkuliozės klasifikacija ir man teko dalyvauti dviejuose posėdžiuose, kur buvo svarstoma prof. Vorobiov'o pasiūlyta plaučių tuberkuliozės klasifikacija. Rentgeno skyrius su doc. Prozorov'u pryšakyje lygina rentgeninį vaizdą su anatomijos duomenimis; manoma, kad svarbus ingredientas patologiniuose pakitimuose yra lymfostazė ir, lyginant rentgeno vaizdą su pagal Kristeller'į padarytais pjūviais, jie gavo konkrečių duomenų, kurie šitą nuomonę patvirtina.

Chirurginiame skyriuje su doc. Stoik'u pryšakyje atliekamos visos chirurginės kolapsoterapinės intervencijos. Daroma labai daug torakokaustikų ir torakoplastikų, paskutinė daroma pagal Stoik'o pasiūlytą būdą, kurį jis pavadino dekostacija, būtent, individinė intervencija — subperiostinė šonkaulių rezekcija kiekvienu atsitikimu, žiūrint kuri susirgimo forma. Teko matyti doc. Stoik'ą operuojant ir įsitikinti jo technikos virtuoziškumu, pav., apatinė 5 šonkaulių torakoplastika buvo padaryta (neskaitant anestezijos) per 22 minutes. Be kitko, turiu pastebėti, kad visas įrengimas yra Sovietų gamybos, visai geros kokybės; sovietų torakoskopai yra visai geri, optika net geresnė, negu vokiškų ar prancūziškų. Kai kurios smulkmenos, kaip hilzų pritaikymas etc. šlubuoja. Tą patį turiu pasakyti apie matytus Sovietų produkcijos rentgeno aparatus, kuriuos jie gamina gana dideliais kiekiais, pavidalu keturių kenotronų aparatų. Vamzdeliai yra geri ir išlaiko didelį apkrovimą. Nuotraukos, kurios teko matyti, yra geros. Kiek blogesnė aparatų išvaizda ir filmų kokybė, kurios, kiek teko girdėti, tuo esančios blogos, kad jų jautrumas yra nevienodas.

Kaulų skyriuje taip pat eina intensyvus darbas. Pedagogika institute taip pat gerai sutvarkyta: man teko dalyvauti ligonių demonstracijoje kartu su kursantais, kurie aktyviai joje dalyvavo.

Be šito instituto, Maskvoje yra dar du institutai — Moskovskij oblastnoj tuberkuliozniij institut su dr. Grinčar'u pryšakyje, kuris yra buvusiame „Institute blagorodnych dievic". Tai didelė įstaiga, turinti daugiau kaip 500 lovų, su klininio, biocheminio, rentgeno-, helio- ir fizioterapinio, chirurginio, patologoanatominio ir socialinio skyriaus, kuris, be mokslinio darbo, atlieka dar pedagoginį.

Antras yra Miesto institutas su prof. Einis'u pryšakyje. Šitas institutas patalpintas buvusiuose elgetyno namuose, gražiai pritaikytuose tuberkuliozei gydyti. Čia, be pedagoginio ir klininio darbo, dirbama, ži-

noma, ir mokslinis darbas. Dabar atliekami širdies funkcijos sąsyjyje su torakoplastikos indikacija tyrimai. Širdies funkcija tiriama audinių medžiagos apykaitos atžvilgiu. Šitame institute, kuris turi puikiausią biocheminę laboratoriją, man teko matyti Sovietų gamybos mikroskopų, kurie yra visiškai tinkami moksliniam darbui. Jie, kad ir neturi pilnos apochromatijos, kaip kad Zeiss'o mikroskopai, bet ne blogesni už Leitz'o gamybos.

Iš esamųjų ties Maskva sanatorijų man teko būti Kratov'o Lenino vardo sanatorijoje, kuri yra profesinių sąjungų centrinės valdybos žinioje. Tat yra didelė, moderniška sanatorija, kuri yra specialiai pastatytuose rūmuose. Sanatorijoje yra 550 lovų, kliniškas ir moksliškas darbas yra konsultanto prof. Rubinštein'o žinioje. Priimami ligoniai, sergą visomis tuberkuliozės formomis, atliekamas higieniškai dietiškas, chirurgiškas ir fizioterapiškas gydymas. Šita sanatorija laikoma viena iš geriausių visoje Sovietų Sąjungoje — klimatinės sąlygos labai geros. Sanatorija pastatyta gražiame dideliame pušyne ir daro gerą įspūdį savo moderniška organizacija.

Man teko matyti sanatorijų dar Kanuose, kur visų pirma buvo įdomu apžiūrėti kalnų kurortai. Nuvažiavau į Abas-Tumani kurortą, kurį prieš keletą dešimčių metų buvo rekomendavęs tuberkuliozės gydymui prof. Zacharin.

Susisiekimas su Abas-Tumani yra nepatogus, ypač ligoniams. Iš Tbilisi reikia važiuoti traukiniu iki Boržomo 5—6 valandas, iš Boržomo autobusu tiek pat kelio iki Abas-Tumani. Plentas 25 kilometrus geras, asfaltuotas, bet toliau blogas. Autobusai atdari ir žiemą juose šalta. Tokia kelionė ligoniams gali būti nelengva. Abas-Tumani teko girdėti, kad dažnai ligoniai, atvykę į sanatoriją, turį didelę reakciją del kelionės sunkumo. Ateityje projektuojama padaryti elektrinis geležinkelis, o tuo tarpu būtų galima leisti kursuoti nors uždari autobusai.

Abas-Tumani yra puiki klinikinė stotis, kuri yra 1.270 m. aukštumoje aukščiau jūros lygio. Yra sanatorijų ir 1.450 m. aukštumoje. Man atrodo, kad klimato atžvilgiu jis yra vienas iš geriausių kalnų kurortų, kurie man teko matyti. Palyginant jį su Davos'o arba Arosa, jis yra geresnis, nes yra žemiau, toliau į pietus, ir turi švelnesnį klimatą. Skaičius saulėtų dienų yra didesnis, drėgnumas labai mažas, vėjų beveik nėra, nes iš visų pusių apsaugoja kalnai, kurie yra apaugę gražiais pušynais. Tik įrengimų ir patogumų neužtenka, nors, tiesa, jau nemaža padaryta, pav., didžioji gatvė asfaltuota.

Kurorte yra 6 sanatorijos, kuriose yra 850 vietų ir įvairiuose namuose, kurie yra kurorto valdybos žinioje, yra daugiau kaip 700 kambarių. Per ištisus metus veikia dvi sanatorijos, kuriose yra 300 lovų, kitur veikia butai vasaros metu.

Nors Abas-Tumani kaip kalnų kurortas galėtų veikti ir žiemą, ligoniai ten važiuoja daugiausia vasarą: žmonės dar nežino, kad kalnuose galima gydytis ištisus metus. Atitinkama propoganda jau vedama.

Vienoje sanatorijoje „Sovprofo" (Soviet profesionalnich Sojuzov) man teko praleisti visą parą ir gerai su ja susipažinti. Rūmai specialiai pastatyti, moderniški. Yra įvairaus didumo kambarių, verandų, valgomasis kambarys, biblioteka, klubas, kino etc.

Atliekama kolapsoterapija, yra rentgenas, laboratorija. Chirurginės intervencijos, k. a., phrenicus, kaustika, plastika, atliekamos tik vasarą, nes specialistas chirurgas į Abas-Tumani iš Suchumo atvažiuoja tik vasarai.

Kaip jau minėta, kurortas patogumo ir komforto atžvilgiu nėra gerai įrengtas, nėra, pav., elektros stoties, ir elektra ganinama sanatorijoje. Pati sanatorija, kur aš gyvenau, nors ir laikoma gana švariai, bet smulkmenose stinga atitinkamos priežiūros; pasitaiko matyti netvarkingų klozetų, kambariai nedažyti, tik išbaltinti ir atrodo, kad nesirūpinama ligonių jau-

kumu. Sanatorija daro įspūdį greičiau didelės ligoninės negu sanatorijos. Yra trūkumų ir mediciniško įrengimo atžvilgiu, pv., geras rentgeno aparatas gauna srovę iš mažos dimanomašinos, del to plaučių nuotraukai tenka daryti ekspozicija 4—5 sek.

Tiesa, žadama šita sanatorija remontuoti nuo balandžio mėn. 1 d. ir visi trūkumai būsią pašalinti.

Abas-Tumani galima įrengti kurortas, kuris būtų geresnis už žymius Šveicarijos kurortus. Matyti, prie to einama, nes nutarta, kad Gruzijos tuberkuliozinis institutas bus perkeltas į Abas-Tumani.

Tuo būdu ten susikoncentruos visos mokslo ir organizacinės jėgos.

Netoli Boržomo yra viena kalnų sanatorija Libani 1.368 m. aukštumoje, labai gražioje vietoje. Turi 200 lovų. Susisiekimas labai patogus, yra kalnų geležinkelis, kelionė iš Boržomo trunka ne visą valandą. Sanatorija priklauso geležinkelių draudimo kasai, įrengta gerai, atliekama kolapso terapija ir atrodo daug tvarkingiau kaip kad Abas-Tumani.

Viena sanatorija teko matyti visai kitose klimatinėse sąlygose Suchumi mieste. Tai yra šiltos jūros sanatorijos tipas. Šita sanatorija Agudzer įrengta būstinėje, kur jau prieš karą buvo plaučių ligonių sanatorija, pilietinio karo metu sudegė, o 1930 m. Gruzijos social. draudimas ją atremontavo.

Gydymo atžvilgiu tat visai moderniška įstaiga, kur atliekamos visos dabartinės intervencijos. Gydytojų personalas kvalifikuotas, mediciniškam darbui vadovauja dr. Badungen, aukštos kultūros žmogus, chirurginį darbą atlieka doc. Antelava. Atliekama kolapsoterapija plačia to žodžio prasme, vietoje daroma torakoplastika. Buvo man parodyti atsitikimai, kur pasiekta labai gerų rezultatų. Puikiai įrengta laboratorija, rentgeno kabinetas, kuriame, be kitko, visa aparatūra yra Sovietų gamybos; teko matyti puikiausių rentgenogramų. Jaučiama, kad gydytojų kolektyvas dirba draugiškai ir sklandžiai. Kiek blogiau įrengti kambariai, valgykla etc.; čia taip pat nesijaučia sanatorinės, atmosferos, kuri yra Vakarų Europos sanatorijoje, pv., Prancūzijoje ir Šveicarijoje.

Reziumuodamas apie sanatorijas, trumpai galiu pasakyti, kad mediciniškas darbas visur, kur teko būti, yra aukštai pastatytas. Ligonių priežiūra neorganizuota ta prasme, kad sanatorijos panašios greičiau į ligonines negu į sanatorijas. Kitas jau minėtas trūkumas, kad gydymas trunka neilgai. Visur teko girdėti nusiskundimų, kad gydymo terminas esąs pertrumpas ir per trumpą laiką dažnai nepavyksta pasiekti gerų rezultatų. Bet tais atvejais, kur būtinai reikia ilgesnio gydymo, terminas prailginamas. Teko kalbėti su ligoniais, gulėjusiais sanatorijose po 5 — 6 mėnesius.

Kalbant apie kovą su tuberkulioze, negalima apeiti eilės kitų netiesioginai kovojančių su tbc. įstaigų, kuriose keliamas bendrinis organizmo atsparumas. Iš tokių įstaigų tenka paminėti didžiausias tinklas poilsio namų, kurių Sovietų Sąjungoje yra daug. Maskvoje, Leningrade, Tbilisi, Batume, Suchume, Rostove, Soči—visuose miestuose, kur esu buvęs, mačiau

2 atv. Poilsio namas Suchume.

jų labai daug. Kai kurie iš jų teko aplankyti. Jų yra įvairių: gerų ir blogų. Viename, teko nakvoti Sinop Suchumi mieste: tat yra poilsio namai, skiriami užsitarnavusiems darbininkams, daugiausia „stachanovcams“. Teko daug matyti įvairiose vietose pansijonų, viešbučių etc. Galiu griežtai tvirtinti, kad tokios komfortabilinės, gražios, higieniškos ir su skoningai įrengtos įstaigos neteko matyti. Šitame name aš mačiau tą, ką privalėtų turėti sanatorijų ligoniai globojimo atžvilgiu, nes čia kiekvienas jaučiasi kaip namie. (Žiūr. 2 atv.).

Galima įsivaizduoti, kokią reikšmę turi kovai su tuberkulioze šitas tinklas poilsio namų, kuriuose turi teisę praleisti atostogas kiekvienas darbininkas ir tarnautojas.

Štai ką esu matęs, ką esu girdėjęs besikalbėdamas ir ką man yra pranešusios oficialios įstaigos.

Reziumuojant visus savo įspūdžius, reikia prieiti išvada, kad kovai su tuberkulioze padaryta milžiniškai daug. Jeigu dauguma įstaigų savo organizacijos ir įrengimo atžvilgiu dar nėra pasiekusios Europos įstaigų, jeigu kai kuriose įstaigose matoma trūkumų, kurie man kartais ir ne visai buvo suprantami, tai tat yra todėl, kad bendrinė šalies organizacija po pilietinio karo, po kolchozų reformos ir po pirmo penkmečio plano išpildymo prasidėjo neseniai. Tik neseniai SSSR piliečiai pradėjo galvoti apie paprastus gyvenimo patogumus. Tat, žinoma atsiliepia ir į tuberkuliozinių įstaigų veiklą.

Antra vertus, SSSR tenka kovoti su tokiais trūkumais, kaip kad kvalifikuoto personalo stoka, įstaigų tinklas yra labai didelis. Joms aptarnauti reikia armijos specialistų, kurių negalima greit pagaminti. Įvertinant šitas pastabas, reikia stebėtis, kaip daug iš tikrųjų yra atlikta.

Ir jeigu palyginsime Sovietų prieštuberkuliozines įstaigas ne su šveicariškomis ar vokiškomis, kurios jau veikia ne vieną dešimtmetį, bet su tokiomis, kurios pradėjo organizuotis tuo pačiu laiku Pabaltijo valstybėse, Rumunijoje, Lenkijoje, tai palyginimo rezultatas išeina visai kitoks.

Antra vertus, prisiminus, kad prieštuberkuliozinis tinklas Sovietų Sąjungoje apima didžiausius gyventojų sluoksnius, tenka pripažinti, kad per trumpą laiką SSSR padaryta daugiau, negu kur nors ir kada nors buvo atlikta.

Med. d-ras J. Staugaitis.

Keletas kritiškų pastabų del farmacijos įstatymų projektų.

Šių 1937 metų rugsėjo mėn. pradžioje į Seimą įnešti trijų farmacijos reikalams tvarkyti įstatymų projektai, k. a.: 1) „Vaistinių, vaistų gamybos ir prekybos įstatymas“, 2) „Nuodų prekybos įstatymas“ ir 3) „Baudžiamojo statuto pakeitimas“. Šitie farmacijos įstatymų projektai liečia ne tiktai farmacininkų (chemikų-vaistininkų, provizorių, provizorių padėjėjų, vaistinės praktikantų ir mokinių), vaistų sandėlininkų ir chemijos vaistų laboratorijų reikalus, chirurg. instrumentų krautuves, optikus, kosmetikos-parfumerijos krautuves, chemikalų bei nuodų technikos ir kt. reikalams parduotuves, bet taip pat medicinos ir veterinarijos gydytojų ir apskritai plačiosios visuomenės interesus. Ir todėl, turint galvoje šituos gydytojų ir visuomenės interesus, čia „Medicinos“ žurnalo skiltyse tenka padaryti keletas kritiškų pastabų del aukščiau minėtų įstatymų projektų.

1) „Vaistinių, vaistų gamybos ir prekybos įstatymo“ projekto 45 ir 46 straipsniai šitaip suredaguoti:

45. Vaistinės vedėjas ar jo pavaduotojas gali gydyti žmones, ištiktus nelaimingo atsitikimo arba staigiai susirgusius.

Ligi atvykstant gydytojui, vaistinės vedėjas ar jo pavaduotojas gali duoti tokiam ligoniui vaistų ir pamokyti jį tuos vaistus vartoti.

46. Vaistinės vedėjas ar jo pavaduotojas gali duoti be veterinarijos gydytojo recepto vaistų gyvuliams gydyti, taip pat duoti nemokamai patarimų tiems vaistams vartoti.

Taigi, „Vaistinių, vaistų gamybos ir prekybos įstatymo“ projekto 46-uoju straipsniu vaistinių vedėjams ar jų pavaduotojams norima suteikti visais atvejais, nėkiek neaprėžiant, teisė gydyti gyvulius. Tuo būdu norima legalizuoti net 310 (nes tiek yra vaistinių resp. vaistinių vedėjų ar jų pavaduotojų D. Lietuvoje) veterinarijos „šundaktarių“, kuriuo vardu Lietuvoje vadinami asmens, užsiimą veterinarijos gydytojo praktika, bet nėra išėję aukštųjų veterinarijos mokslų ir todėl labai menkai nusimaną veterinarijoje. Esu tikras, kad 46 str. veterinarijos gydytojams jokiu būdu nebus priimtinas.

Šito paties įstatymo projekto 45-uoju straipsniu vaistinių vedėjams ar jo pavaduotojams norima suteikti teisė tam tikrais atvejais gydyti žmones, ištiktus nelaimingų atsitikimų (k. a.: kaulų lūžimų, dažnai komplikuotų, sužeidimų, smegenų sutrenkimo, nudegimų, apsinuodijimų, prigėrimų ir kt. atvejais) ir staiga susirgusius sunkiomis ir gyvybei pavojingomis ligomis (k. a.: appendicitis ac., tulžies ir šlapinimosi takų akmenligė, angina pectoris, pneumonia crouposa, oedema pulmonum, pleuritis ac., peritonitis ac., haemorrhagia cerebri, apoplexia pancreatis, kraujagyslių embolia ir trombosis, volvulus, hernia incarcerata, collapsus, uraemia, retentio urinae, abortus, haemorrhagia e graviditate extrauterina, eclampsia, haematemesis, haemoptoe, epistaxis, asthma, asphyxia, glaucoma acutum, mania, delirium, ūminės infekcinės ligos ir daugybė kitų ūminių susirgimų). Visais čia išvardytais atvejais tik prityrusio gydytojo, dažnai tam tikrų ligų specialisto, laiku, t. y. nepavėluotai, suteikiama tinkama medicinos pagalba gali išgelbėti ligonį nuo mirties. Ūminio apendicito, žarnų užsisukimo ir prakiurimo, įstrigusios kylos, graviditas extrauterina, kraujo išsiliejimo į smegenis, ūminės glaukomos ir kai kurių kitų staigių susirgimų atvejais skubiai nenustačius tikros diagnozės ir neatidėliojant nenukreipus šitų ligonių į atitinkamus specialistus gydytojus, galima gauti labai liūdnų padarinių. Dabar gi šitokios sunkios ir gyvybei pavojingos ligos norima leisti gydyti chemikams-vaistininkams, provizoriams ir provizoriaus padėjėjams, neišėjusiems aukštųjų medicinos mokslų ir medicinoje labai menkai nusimanantiems. Ar gi galima taip lengvai žaisti su tokių sunkių ir pavojingų ligonių sveikata?

Kadangi apie atsitikimų nelaimingumą ar susirgimo staigumą spręs pats ligonis ar jo aplinkiniai bei vaistinės vedėjas ar jo padėjėjas, tai pastarieji, pasirėmę 45-uoju straipsniu, galėtų gydyti beveik be išimties visas ligas, tiek ūmines, tiek chroniškas.

Kai dabar vaistinių vedėjai ar jų pavaduotojai gydo ligonius tokiose vietose, kur visai nėra gydytojo, tai į tai per pirštus žiūrima. Tačiau 45-uoju straipsniu norima vaistinių vedėjams ar jų pavaduotojams suteikti teisė gydyti ir ten, kur yra gydytojas, *„ligi atvykstant gydytojui“*. O jeigu gydytojas, net čia pat gyvenąs, niekeno nebus kviečiamas pas ligonį ir tuomet jisai ir nevyks pas jį, tai tokiu atveju vaistinės vedėjas ar jo pavaduotojas turėtų teisę nekliudomai tokį ligonį gydyti.

45-uoju ir 46-uoju straipsniais vaistinės vedėjams ar jų pavaduotojams, kurie nėra studijavę aukštųjų medicinos ir veterinarijos mokslų ir kurie apie žmonių ir gyvulių gydymą turi labai menką supratimą, t. y. profanams medicinos ir veterinarijos srityse, anot liaudies žodžių, „šundaktariams“, norima suteikti teisė gydyti sunkiausius ir pavojingiausius susirgimus. Šitais straipsniais vaistinių vedėjų ar jų pavaduotojų šundaktariavimas norima legalizuoti. Kam tuomet būtų reikalingi medicinos ar veterinarijos gydytojai? Jei dabar yra nemaža vietų, kur gydy-

tojas, iš dalies del gyventojų neturto ir nekultūringumo, iš dalies del felčerių ir įvairių šundaktarių konkurencijos, negali išsilaikyti, tai dar blogiau būtų, kai atsirastų Lietuvoje 310 legalizuotų šundaktarių.

46 straipsnyje, kuriame kalbama apie gyvulių gydymą, numatoma, kad vaistinių vedėjai ir jų pavaduotojai turės gydyti gyvulius n e m o k a m a i. 45 straipsnyje žodžio „nemokamai“ nėra įdėta. Vadinasi, vaistinių vedėjai ir jų pavaduotojai, gydydami žmonės, turės teisę net imti honorarą už gydymą.

Ne kartą man teko girdėti iš farmacininkų, kad j i e n e n o r į t u r ė t i n i e k o b e n d r o s u g y d y t o j a i s. „Vaistinių, vaistų gamybos ir prekybos įstatymo“ projekto 45-uoju ir 46-uoju straipsniais einama dar toliau: vaistinės vedėjai ar jų pavaduotojai, gavę teisę šundaktariauti ir pradėję legaliai konkuruoti su gydytojais, net pasidarytų pastarųjų priešininkai.

Jeigu farmacijos įstatymų projektus ruošiant būtų b e n d r a d a r b i a u t a su gydytojais juos liečiančiais klausimais, tokių nevykusių straipsnių, kaip kad 45 ir 46 straipsniai, nebūtų atsiradę.

Siūlau 45-me straipsnyje padaryti šias pataisas: 1) 1-me posme žodis *gydyti* pakeičiamas žodžiais *teikti pirmąją pagalbą*, 2) žodžiai *arba staigiai susirgusius* — išbraukiami; 3) 2-as posmas — i š b r a u k t i.

46 str. visas reikėtų i š b r a u k t i.

2) Kadangi vaistinių vedėjams ar jų pavaduotojams begydant žmones ir gyvulius dažnai nepakaktų nestipriai veikiančių vaistų, kurie gali būti duodami iš vaistinių be gydytojo recepto, todėl yra sugalvotas šis 31 straipsnis:

31. Signatūromis ir atskirų asmenų reikalavimais išduodami nestipriai veikiantieji vaistai, tiek paprastieji, tiek sudėtiniai ir kai kurie išduodamieji be gydytojo recepto stipriai veikiantieji ir nuodingieji vaistai.

Išduodamų be gydytojo recepto stipriai veikiančiųjų ir nuodingųjų vaistų sąrašą nustato Vidaus Reikalų Ministeris.

Atrodo, tartum šituo straipsniu norima praplėsti arsenalas vaistų, kuriais galėtų naudotis vaistinių vedėjai ar jų pavaduotojai bešundaktariaudami.

Man rodos, kad smarkiai veikiančių ir nuodingųjų vaistų davimas iš vaistinių turėtų būti dar labiau suvaržytas, ką gali paliūdyti kad ir šie atsitikimai:

a) Prieš kelioliką metų vienas Ž. Ūkio Ministerijos valdininkas, panorėjęs išgerti vidurių leidžiamų vaistų (matyti, glauberinės druskos), vaistinėje klaidingai pareikalavo bertoletinės druskos (kali chloricum). Išgėręs valgomąjį šaukštą šitų vaistų, jisai smarkiai nusinuodijo ir po keleto dienų mirė. Jo traginga mirtis savo laiku buvo sukėlusi nemaža triukšmo Kaune ir Valst. Kauno ligoninėje.

b) Šakiuose prieš 30 metų po egzekvijų ir susirinkusių giminių vaišių vienas dalyvis, paėmęs tuščią nuo degtinės butelį, nuėjo į vaistinę ir nusipirko ac. carbolic. liquef. žaizdotai arklio kojai plauti. Kiek vėliau antras tų vaišių dalyvis, radęs ant lango butelį su trupučiu „degtinės“, išgėrė tą karbolį. Laimė, kad už keleto dešimčių žingsnių aš gyvenau ir kad tuo metu kaip tik buvau namie. Tučtuojau išplovus skrandį, nusinuodijęsis pavyko išgelbėti nuo mirties.

c) Mums gerai žinoma, kiek daug būna nelaimių su acto esencija, kuria nusivylusios merginos ir moterys dažniausiai mėgsta nuodytis. Ir „Medicinoje“ ir šiaip spaudoje gydytojai ne kartą yra reikalavę, kad acto esencijos pardavinėjimas būtų labiau suvaržytas.

d) Jei mes Lietuvoje gana daug turime morfinistų ir kokainistų, tai vien del to, kad perdaug lengvai gaunama šitų narkotikų.

Panašių atsitikimų galima būtų ir daug daugiau pripasakoti. Manau, ir šitų kelių atsitikimų pakaks įrodymui, jog visuomenės labas reikalauja, kad smarkiai veikiančiųjų ir nuodingųjų vaistų pardavinėjimas kiek galima daugiau būtų suvaržytas, kiek galima labiau būtų kontroliuojamas.

3) Ligi šiol pas mus veikia nuostatas, kad, jeigu gydytojo recepte yra pažymėtas smarkiai veikiančiųjų ar nuodingųjų vaistų davinys, viršijąs maksimalinį tų vaistų davinį, ir jeigu ties tų vaistų daviniu skliausteliuose nėra pažymėta „sic", tai vaistininkas neturi teisės tų vaistų duoti, neatsiklausęs pirma receptą parašiusiojo gydytojo. Šitokia tvarka yra visiškai tikslinga, nes, jeigu gydytojas berašydamas receptą kartais apsiriktų (pav., nepastatydamas reikalingoje vietoje brūkšnelio), tai yra dar viena instancija, kuri panašų apsirikimą turi galimumo atitaisyti. Jeigu vaistininkas tos tvarkos nesilaiko, tai, atsitikus apsinuodijimui resp. mirčiai, jisai ligi šiol buvo baudžiamas lygiai taip, kaip ir klaidingą receptą parašęs gydytojas.

Štai prieš porą metų del šitokio apsirikimo Ukmergėje mirė vienintelė motinos duktė, 3-ios klasės gimnazistė, išgėrusi perdidelį askaridol'io davinį. Šituo atveju teismas nubaudė ir klaidingą receptą parašiusį gydytoją ir nuodingus vaistus davusį vaistininką.

Čia aprašytoji tvarka, ligi šiol veikusi Lietuvoje, naujame „Vaistinių, vaistų gamybos ir prekybos įstatymo" projekte visai nenumatyta: tur būt, šita tvarka iš naujojo projekto sąmoningai išleista, kad vaistinių vedėjai ar jų pavaduotojai nebūtų įpareigoti šitos tvarkos laikytis ir todėl už jos nesilaikymą nebūtų baudžiami. O jeigu vaistininkams negres už tai bausmė, tai jie gali ir nesirūpinti eventualių recepto apsirikimų atitaisymu ir tuo būdu ligonio mirties išvengimu. Visuomenės interesai reikalauja, kad iki šiol buvusi tvarka perdaug didelių vaistų davinių atžvilgiu ir toliau tebepasiliktų nepakeista.

4) Retkarčiais pasitaiko, kad iš vaistinės per apsirikimą duodami vieni vaistai vietoje kitų (pav., strychninas vietoje santonino) ar žymiai stipresni vaistai, negu kad recepte parašyta (pav., morphii muriatici 0,06, vietoje 0,01, kaip kad buvo atsitikę prieš 40 metų Šakiuose). Tokių apsirikimų padariniai būna labai liūdni, dažniausiai mirtis, jei tik nesuspėta laiku suteikti reikalinga medicinos pagalba. Ir už šitokį apsirikimą vaistinės vedėjas ar jo pavaduotojas gana smarkiai buvo baudžiami. Dabar gi, „Baudžiamojo Statuto pakeitimo" projekto 199[1] 2 punktu už tokius nusikaltimus siūloma *bauda ligi 1.000 litų.* Man rodos, šitokia bauda už nusikaltimą, kurio padarinys dažniausiai būna mirtis, yra pernelyg maža. Reikia tikėtis, kad šitokios pernelyg švelnios baudos „Baudžiamojo statuto pakeitimo" projekte Seimo bus atitinkamai pakeistos.

5) „Vaistinių, vaistų gamybos ir prekybos įstatymo" projekto 48-ojo straipsnio 2-sis posmas šitaip suredaguotas:

Vaistinėje dirbą asmens klauso vaistinės vedėjo, jo įsakymų ir nurodymų. Už netinkamai atliktą darbą ir klaidas, gaminant ar rengiant vaistus su vaistinės vedėju atsako ir tą darbą dirbę asmens.

Šito posmo pabaiga nėra visai tikslingai suredaguota. Dirbąs vaistinėje asmuo už netinkamai atliktą darbą ir klaidas turėtų būti atsakingas tik tuomet, jei jisai yra kvalifikuotas asmuo, t. y. jei jis yra chemikas-vaistininkas, provizorius ar bent provizoriaus padėjėjas. Tačiau jokiu būdu neleistina tasai atsakingumas uždėti vaistinės praktikantams ir mokiniams, arba vaistininko šeimos nariams, kurie paprastai kaimo vaistinėse dažnai dirba vaistus už vaistininką.

6) „Vaistinių, vaistų gamybos ar prekybos įstatymo" projekto 3 str. 1 punktu vaistinės leidžiama steigti *miesteliuose ir bažnytkaimiuose ligi 1.000 gyventojų — tiek, kad viena vaistinė nuo kitos būtų ne arčiau, kaip 5 kilometrai.*

Jei dabar yra vaistininkų, kurie įvairiuose provincijos užkampiuose, net dažnai šundaktariaudami, skurdžiai gyvena ir vos teišsilaiko, tai kas bus tuomet, kai vaistinė nuo vaistinės bus per 5 kilometrus?!

Nuotolis tarp kaimo vaistinių reikėtų palikti tokis pat, kokis yra buvęs ligi šiol, nes nėra jokio reikalo jisai dar mažinti.

7) „Vaistinių, vaistų gamybos ir prekybos įstatymo“ projekto 63 straipsnis šitaip skamba:

63. Gydytojai ir felčeriai turi teisę duoti savo vaistų tik tais atvejais, kai tais vaistais reikia suteikti greitąją pagelbą.

45-uoju ir 46-uoju straipsniais vaistininkai nori įsiveržti į gydytojų veiklos sferą, o šituo 63-iuoju straipsniu jie stengiasi apsidrausti ir nuo konkurencijos gydytojų-žolinėtojų, kurių deja, vis delto pasitaiko.

Šitas straipsnis reikėtų papildyti pastaba, kad pavyzdiniai vaistai, gydytojų gaunami iš įvairių firmų išbandymui, turėtų būti leidžiama gydytojams nemokamai duoti savo ligoniams.

8) „Vaistinių, vaistų gamybos ir prekybos įstatymo“ projekto 61 str., nustatąs, kad *vaistų sandėliai parduoda vaistus tik vaistinėms, vaistų sandėliams, ligoninėms, laboratorijoms, mokslo įstaigoms, ambulatorijoms ir Vidaus Reikalų Ministerio nustatytu sąrašu 59 str. nurodytoms parduotuvėms,* reikėtų papildyti pastaba, kad gydytojams leidžiama įsigyti parankinių, gatavų, ne pagal receptus gaminamų medikamentų ir reaktyvų iš vaistų sandėlių, o ne būtinai iš vaistinių, kur šitie dalykai gali būti brangesni.

9) „Vaistinių, vaistų gamybos ir prekybos įstatymo“ projekto 24 str. 10 punktu *vaistinėse parduodami chirurginiai instrumentai,* o 7 punktu — *aparatai ir prietaisai kūno trūkumams pašalinti (akiniai, protezai ir kt.).* Tatai nėra vaistinių prekybos objektas, kaip kad ir benzinas su tepalu gydytojo automobiliui. Tačiau principe prieš tai nieko negalima būtų turėti, nes gydytojams būtų patogu reikalingų instrumentų gauti pirktis savo gyvenamos vietos vaistinėje. Bet, iš tikrųjų, iš to gydytojams nebus jokios naudos, bet greičiau dar žala, nes vaistinės jokiu būdu negalės turėti pakankamo chirurginių instrumentų pasirinkimo. Jei dabar Kaune esančios kelios chirurginių instrumentų krautuvės turi per mažą chirurginių instrumentų pasirinkimą ir toli gražu negali patenkinti visų gydytojų reikalavimų, tai dar blogiau bus, kai tuos instrumentus pradės pardavinėti vaistinės. Be to, reikia bijotis, kad Kaune esančios kelios chirurg. instrumentų krautuvės, verstos visiškai likviduotis. Tas pats likimas lauktų ir optikus. Todėl 7 ir 10 punktai išbrauktini.

10) „Vaistinių, vaistų gamybos ir prekybos įstatymo“ projekte yra šis 57 str.: *Homeopatijos vaistai gaminami ir rengiami homeopatijos mokslo* taisyklėmis. — Žodis „mokslas“ išbrauktinas, nes homeopatijos mokslas Lietuvoje nėra pripažintas.

11) To paties įstatymo projekto 41 str. 2 posmas: *Vaistinės mokinys, išbuvęs 5 metus, nustoja teisės vaistinėje praktikuoti mokiniu.*

Jei tokis vaistinės mokinys nenorės ar negalės stoti į V. D. Univ-tą aukštųjų farmacijos mokslų studijuoti, tai šitam nevykėliui liks tik vienintelis užsiėmimas — šundaktariavimas, nes jis jam bus lengviausiai pasiekiamas.

Medicinišķųjų organizacijų veikla.

I.

KLAIPĖDOS MEDICINOS DRAUGIJOS NARIŲ SUSIRINKIMAS 1937 METŲ GEGUŽĖS MĖN. 19 D.

Dalyvavo: dr. dr. J. Čeponienė, Dagilis, T. Daugirdienė, V. Grinkevičius, K. Gudaitis, P. Kazlauskas, J. Kirvickis, O. Milevičius, K. Mogenis, K. Parčevskis, L. Plechavičius, O. Purtokaitė, M. Steiblys, J. Stonkus, J. Žemgulys.

Svečiai: dr. dr. J. Maciūnas, J. Nainys, A. Žilytė.
Pirmininkavo: dr. J. Žemgulys.
Sekretoriavo: dr. P. Kazlauskas.

Pirmininkas, pradėdamas susirinkimą, paaiškino, kodėl šitas susirinkimas, turėjęs įvykti gegužės mėn. pradžioje, nusitęsė dvi savaites vėliau.

Sveikino atsilankiusius į susirinkimą garbingus svečius: Sveikatos Departamento Direktorių dr. J. Maciūną iš Kauno, Apskrities Gydytoją dr. J. Nainį iš Kretingos ir Sveikatos Centro Vedėją dr. A. Žilytę iš Telšių.

I. Ligonių demonstravimas.

Dr. Dagilis demonstruoja ligonį, turintį **tumor mediastini.**

Dr. O. Milevičius konstatuoja, kad auglys nusispaudžia gilyn; apgailestauja, kad nebuvo padaryta auglio bandomoji punkcija.

Dr. J. Žemgulys prašo pranešti visus demonstruojamojo ligonio tyrimų duomenis.

Dr. Dagilis duoda smulkių paaiškinimų apie demonstruojamąjį ligonį.

II. Patologinių preparatų demonstravimas.

Dr. J. Žemgulys demonstruoja:

1. 2.900,0 sveriančią **fibromą,** išpjautą vienai mergaitei iš šlaunies. Ligonė vaikščiojo su augliu 20 metų — tiek ji turėjo kantrybės ir pripratimo ar apsileidimo, nors pašalinimas buvo nesunkus. Žaizda sugijo greitai, be komplikacijų. Demonstruoja foto-nuotraukas, kaip ta ligonė atrodė su augliu prieš operaciją.

2. **Žiedą,** pasidariusį iš omentum, 5 cm. diametro, į kurį buvo įstrigę coecum ir pradžia col. ascendens ir sukėlė į apendicito priepuolį panašų vaizdą. Kaip tas žiedas pasidarė, negalima nustatyti; gal čia buvo ir appendix kaltas, nes distalinis trečdalis rastas obliteravęsis.

Dr. K. Gudaitis: Kaune vienam ligoniui matęs irgi didžiausį augį — lipomą. Tat parodo ligonių kantrumą.

III. Pranešimai.

1. Dr. S. Plechavičius: **„Spino-umbilikalinės distancijos reikšmė apendicito diagnostikoje".** (Pranešimas bus atspausdintas „Medicinoje").

Pirmininkas nurodo, kad pranešimas neilgas, bet gerai dokumentuotas, pagrįstas tyrimais, kuriems sunku kas prikišti. Kadangi jis liečia taip svarbią apendicito simptomatologiją, svarbu išgirsti kitų kolegų nuomonė.

Dr. K. Parčevskis: Šimtu procentų tikrų apendicito pažymių nėra. Pilvo susirgimų painioje diagnostikoje spino-umbilikalinės distancijos matavimai dažnai įgalina tiksliai nustatyti tikrą diagnozę, del to šito požymio lengva širdimi atmesti negalima.

Dr. J. Kirvickis: Iš padarytojo pranešimo matyti, kad spino-umbilikalinių distancijų skirtumai neturi tokios patognomoniškos reikšmės apendicito diagnostikai, kaip kad, pav., Haudeck'o niša turi ulcus ventriculi diagnozei. Del to būtų reikalinga surinkti didesnė medžiaga, kad galima būtų nustatyti, ar ir sveikiems žmonėms yra panašūs spino-umbilikalinių distancijų skirtumai kaip kad apendicitikams.

Dr. A. Žilytė: Žmogaus kūnas apskritai nėra ideališkai simetriškas; gal būt šiuo ir galima paaiškinti spino-umbilikalinių distancijų skirtumas abiejose pusėse.

Dr. K. Gudaitis: Labai svarbios yra priemonės kiek galint anksčiau apendicitui nustatyti. Objektyvių apendicito diagnozavimų galimumo

reikšmė labai svarbi mažiems vaikams, kurie savo subjektyvių nusiskundimų dažnai arba netiksliai arba visai negali nurodyti. Prisimena šių dienų patirtą atsitikimą, kad net trims gydytojams per 3—4 dienų laiką nepasisekę nustatyti apendicito diagnozės, kol pagaliau pateko į ligoninės chirurgo rankas, kuris, nors tuojau operavo, ir pašalino supūliavusį bei gangrenavusį appendix'ą, bet jau buvęs peritonitas ir dar atsiradusios komplikacijos ligonį privedė prie mirties. Prelegento minimasis būdas ieškoti spino-umbilikalinių distancijų skirtumo taip pat nėra tikras, kaip kad ir kiti panašūs tyrimo būdai. Ligoninėje, kur galima lengvai panaudoti kiti tikslesni tyrimo būdai (leukocitų skaičiavimas, indikano reakcija ir t. t.), šita metodė gal nėra tiek svarbi, tačiau gydytojui praktikui, kuris dažniausiai tegali apendicito diagnostikai panaudoti tik pirštus ir akis, tarp kitų priemonių yra atsimintina ir šita priemonė.

Dr. O. Milevičius: Ar tyrinėtos minėtosios distancijos apendicito eigoje tam pačiam ligoniui? Galima tikėtis, kad apendicito pradžioje, kol yra raumenų vietinis įtempimas, distancija dešinėje pusėje nemažėja, o vėliau, atsiradus vietiniam peritonitui su vietiniu meteorizmu bei infiltratu, dešinioji pilvo pusė išsipučia ir šitos pusės distancija padidėja.

Pirmininkas: Iš pranešimo ir taip gyvų diskusijų paaiškėjo, kokią vertę turi apendicito diagnostikoje minėtosios distancijos matavimai. Visi sutinka, kad absoliučios vertės jis neturi. Tą liudija dar ir tas faktas, kad nors simptomas yra jau senokai aprašytas, bet gydytojų tarpe didesnio pasisekimo nesusilaukė. Pranešėjui priklauso nuopelnas, kad atkreipė į šitą simptomą dėmesį ir šitame susirinkime dalyvavusieji ir juo susidomėjusieji kolegos, tikiuosi, pasitaikius progai jį patikrins ir galutinis sprendimas kiekvienam išeis dar labiau pagrįstas. Pranešėjui už taip gyvą ir įdomų pranešimą tariu ačiū".

2. Dr. K. Mogenis: **„Moderniška medicina ir gydytojas mokslo bei etikos šviesoje".** (Pranešimas bus atspausdintas „Medicinoje" atskirai).

Pirmininkas: Kiekvienas, dirbdamas kasdieninį darbą, dažniausiai turi reikalo su jo smulkmenomis. Bet gi reikalinga protarpiais pažiūrėti ir į savo darbo visumą iš aukšto ir iš tolo. Prie tokių žvilgsnių į darbo visumą priklauso ir šitas pranešimas. Tos rūšies pranešimas mūsų draugijoje dar pirmas. Del to įdomu bus išgirsti ir kitų kolegų nuomonė pranešėjo paliestais ir jiems gimininga is klausimais.

Dr. K. Gudaitis: Yra gera laiks nuo laiko prisiminti ir pasikalbėti apie nereikalingus mechano-laboratorinių ligonių tyrinėjimo perdėjimus. Nors yra atsitikimų, kad perdaug įsigilinama į chemiškus ir mechaniškus ligonių tyrimus, tačiau, dažnai tie tyrimai padeda greičiau tiksliai nustatyti susirgimą ir tuo būdu išgelbėti ligonį nuo mirties.

Nors klasiško recepto formalus rašymas yra nepeiktinas dalykas, tačiau, dažnai pats gyvenimas reikalauja paskirti vaistus tablečių forma, pav.: ligonių kasos net reikalauja, kad vaistai būtų išrašomi kiek galima tabletėmis, kaip pigesne vaistų forma.

Tvirtinti, kad muzika neturi jokios reikšmės terapijai, negalima. Pavyzdžiui, prof. Haberling ir Polter (disertacijoje) iš literatūroje surinktų faktų parodo, kad, teikiant narkotikus kartu su tinkama muzika, vaistai geriau veikia: esą nervų sudirginimas greičiau nusiraminąs.

Pirmininkas: Ne taip seniai gana daug buvo kalbama apie krizę medicinoje. Tat buvo, tur būt, ekonominės krizės įtakoje. Bet ir iš tikro, padėtis susidaro sunki. Priviso daug metodžių medicinoje: rentgenas, laboratorija, endoskopija, operacijos ir t. t. ir t. t. Norėdamas taikyti kurią metodę, turi gerai žinoti jos indikacijas, kontrindikacijas, techniką. Su tuo visu apsipažinti reikia labai daug laiko, kurio stinga. Jei ką darysi gerai neapsipažinęs, būsi paviršutiniškas, padarysi klaidų. Jei būsi siauru, vienpusišku kurios metodės specialistu, vėl negera: reikia gydyti

visas organizmas, o ne vienas kuris organas ir jo funkcija. Kas daryti, kaip išeiti iš susidariusios padėties?

Dr. M. Steiblys: Terapijoje tenka kartais vartoti ir psichoterapija. Gyvenimas pats parodo psichoterapijos reikšmę: vieno gydytojo paskirti vaistai neveikia, o kito gydytojo — tie patys vaistai tam pačiam ligoniui puikiai padeda.

Pirmininkas: Išklausėme įdomų pranešimą ir jo diskusijas. Jos paskatins mus neretai pagalvoti apie savo darbo tikslingumą. Tokie apmąstymai ne retai yra vartojami, nes naudingi. Del to ir pranešėjui už šitą naudingą pranešimą priklauso mūsų visų padėka.

Baigdamas susirinkimą, širdingai dėkoju mūsų brangiems svečiams, kad, atvykdami ir dalyvaudami mūsų susirinkime, mus pagerbė.

II.

KLAIPĖDOS MEDICINOS DRAUGIJOS NARIŲ SUSIRINKIMAS 1937 M. BIRŽELIO MĖN. 9 D.

Dalyvavo: dr. dr. J. Ciplijauskas, J. Čeponienė, V. Didžys, V. Grinkevičius K. Gudaitis, P. Kazlauskas, J. Kirvickis, M. Lapšienė, K. Mogenis, K. Parčevskis, L. Plechavičius, O. Purtokaitė, M. Steiblys, St. Tuminas, J. Žemgulys.

Pirmininkavo: dr. J. Žemgulys.

Sekretoriavo: dr. P. Kazlauskas.

Pirmininkas, atidarydamas susirinkimą, nurodė, kad mūsų krepšininkų laimėjimas Rygoje padidino mūsų visuomenės, tame skaičiuje ir gydytojų, susidomėjimą sporto ugdymu Lietuvoje. Be to, vasarą pajūryje būna visokių sportinių stovyklų, kas dar labiau suaktualina sportinę veiklą Klaipėdos Krašte. Norintiems prisidėti prie sporto ugdymo talkos, reikalinga turėti ir specialių žinių bei susidaryti atitinkamas veikimo planas. Todėl ir susirinkusieji nariai tikisi iš dr. K. Šimelevičiaus paskaitos patirti daug naudingo toje srityje.

Dr. K. Šimelevičius skaito pranešimą: **„Gydytojo vaidmuo sporto ugdymui** (kuo gydytojai, kaip tokie, gali Lietuvoje ir vietoje padėti sportui ugdyti ir kuo gali jam pakenkti)“. Sporto gera įtaka žmogaus sveikatingumui ir tautos pajėgumui jau visų pripažinta. Be to, pripažinta, kad sportas atitraukia jaunuomenę nuo girtuokliavimo bei ištvirkavimo, ugdo drausmingumą, kolektyviškumo jausmą, stiprina žmogaus valią. Del šitų priežasčių sportas visuose kultūringuose kraštuose yra vyriausybės ir auklėtojų labai palaikomas.

Gydytojai gali prisidėti prie sporto ugdymo, spręsdami medicininiškuosius kūno kultūros klausimus: poilsio ir treniravimo naudingiausį santykiavimą, nagrinėdami sveikatingumo atveju įvairias sporto rūšis, studijuodami nuovargio fenomeną ir išdirbdami tobulesnius testus žmogaus tinkamumui sporte apskritai arba sporto atskiroje šakoje nustatyti. Gyvenimas parodė, kad šitų klausimų negali spręsti kiekvienas gydytojas, o tik šitoje srityje išsilavinęs „sporto gydytojas“. Paprastas gydytojas neturi tam visų reikalingų žinių; dažnai būna perdaug atsargus ir draudžia sportą ten, kur jis ir nedaro didesnės žalos. Sporto gydytojo darbas nėra lengvas, reikalinga daug takto, pasišventimo ir ilgų studijų. Tokių sporto gydytojų kultūringose ir sportą mėgstančiose šalyse yra nemaža. Jie nustato sportininkui tinkamą dietą, nustato gyvenimo tvarką, duoda leidimus arba draudžia dalyvauti rungtynėse ir t. t. Sporto gydytojas, gerai pažinęs sporto rūšis ir jų įtaką sveikatai, smulkiai ištyręs sportininko sveikatos būtį, nurodo sąlygas, kuriomis, kad ir ne visai sveikas, sportininkas gali sportuoti nepakenkdamas savo sveikatos.

Daugelis mokslininkų — prityrusių gydytojų randa, kad kai kurios sporto rūšys leistinos žmonėms, turintiems nedidelius širdies ar plaučių trūkumus; ypatingai pageidaujamas sportavimas besitaisantiems po ligų, silpnesnės sudėties žmonėms ir pan.

Pranešėjas apgailestauja, kad mūsų universitete nėra dėstoma sporto medicina. O kituose kraštuose yra arba specialios katedros arba gydytojai supažindinami su sporto medicina specialiose mokyklose.

Sporto ugdymui Klaipėdos Krašte pranešėjas pasiūlė daug priemonių, kurių svarbiausios buvo šios:

1. Įsteigti Klaipėdoje biofiziologijos bei psichotechnikos kabinetą, kuris padėtų tirti sportininko tinkamumą sportui. Toks kabinetas, pranešėjo nuomone, būtų galima įsteigti prie Pedagoginio Instituto, kuris ir šiaip suinteresuotas minėtojo kabineto steigimu. Neabejotina, kad instituto vadovybė, suprasdama sporto svarbą, leis kabinetu pasinaudoti ir sporto reikalams.
2. Aprūpinti Klaipėdos Kraštą bent vienu sporto gydytoju.
3. Organizuoti populiarias paskaitas iš sporto medicinos srities (per radio, salėse ir t. t.).
4. Gydytojams, kaip tokiems, palaikyti sporto organizaciją.
5. Aprūpinti sporto klubus svarstyklėmis bei ūgio matavimo įrankiais.
6. Per sporto šventes, rungtynes ir t. t. organizuoti gydytojų pagelbą.
7. Atkreipti dėmesį į sportininkų atranką.
8. Sekti literatūrą iš sporto medicinos srities.

P i r m i n i n k a s: Kai kurios pranešėjo mintys daug kuo skiriasi nuo mūsų priimtųjų. Prašo kolegas išsitarti.

Dr. K. M o g e n i s: Sportavimas — labai naudingas, deja, dažnai užmirštama saikas ir tada pasireiškia blogoji sportavimo pusė.

Sportas nėra gyvenimo tikslas, o tik priemonė, bet sportininkas dažnai pasistato jį gyvenimo idealu ir užmiršta savo, kaip visuomenės nario, kitas pareigas. Sportuodami be saiko, sugadina savo sveikatą ir nervus — didelis sportininkų procentas yra neurastenikai arba fiziškai sužaloti žmonės.

Perdidelis moterų įsitraukimas sportan kenkia jų sveikatai ir kai kurių gydytojų stebėjimais apsunkina gimdymų procesą.

Boksas, futbolas yra per žiaurus sportas, kuris duoda nemažą invalidų skaičių. Ypatingai žalingas yra rekordų vaikymasis, nes verčiama dėti pastangas ne pagal esamą fizinę išgalę, bet pagal dirbtines normas.

Dr. J. C i p l i j a u s k a s: Pats gyvenimas parodo sporto svarbą — sportininkų skaičius nuolatos didėja ir apima vis platesnius gyventojų sluoksnius. Reikalinga su šituo faktu skaitytis ir būtinai prisidėti prie sporto ugdymo.

Pranešėjas pareiškė, kad stinga sporto gydytojų, sporto masažistų. Kadangi mūsų Universitetas ir Sveikatos Departamentas šitų specialistų gaminimu nesirūpina, tai gal reikėtų jų gaminimu apsiimti Kūno Kultūros Rūmams.

Dr. J. K i r v i c k i s: Reikalinga skirti sportininkai profesionalai nuo eilinių sportininkų mėgėjų masės.

Daugumas paminėtųjų sportininkų trūkumų liečia tik sportininkus profesionalus.

Bet ir mėgėjų tarpe yra daug trūkumų, pavyzdžiui: sporto klubai dažnai ieško tik rekordsmenų bei kandidatų į juos ir mažai domisi eiliniais sportininkais.

Vienpusiškas sportas ir darbas (boksininkai, staliai), prof. B e t z n e r'io nuomone, „yra geriausia priemonė sąnariams per anksti dirbtinai pasendinti“ — sukelti arthritis deformans ir t. t.

Pranešėjo priekaištas, kad „ne sporto gydytojai, ypatingai mokyklų gydytojai, dažnai be reikalo draudžia gimnastiką ir sportą“, yra nepamatuotas, nes gimnastikos pamokos klasėse yra bendros ir vienodos visiems, del to gydytojas neturi galimumo atskiriems mokiniams specifikuoti gimnastikos, ir priverstas daug vaikų atleisti nuo gimnastikos.

Atsargumas sporte reikalingas. Vokietijoje mėgino imti kariuomenėn visus, net, pavyzdžiui, turinčius dekompensuotas širdies ydas. Tačiau atsitiko daug mirčių ir vėl buvo grįžta prie senųjų kariuomenėn tinkamumo normų.

Dr. P. Kazlauskas: Ar nėra sporto propagavimas per ankstyvas? Neturėdami dar pakankamai sporto gydytojų specialistų, mes negalime tinkamai dozuoti sporto, ir del to dažnai galime tik pakenkti sporto idėjai. Del to ypatingai pavojinga propaguoti sportas ligoniams.

Pirmininkas: Savo laiku dirbdamas kaip gydytojas sporto klūbe įsitikinau, kad geriausių sportininkų tarpe yra daug nesveikų žmonių — džiovininkų ir t. t. Matęs žymius sportininkus, kurie sirgo širdies yda, atvira plaučių džiova, turėjo sudraskytus meniskus ir t. t. ir kurie savo liga nesiskundė. Matyti, čia didelės reikšmės turi gera valia.

Pareiškimas turinčiam širdies ydą sportininkui, kad jis ligonis, dažnai padaro iš tikro naują ligonį ir, be to, tokiais atvejais užsitraukia klubo vadovybės nemalonę.

Siūlo besirūpinant sportu, neužmiršti poilsio reikšmės.

Prof. K. Parčevskis: Pranešėjas mini statistikas, pagal kurias besisportavę nesveiki žmonės ilgai gyvenę. Bet mes nežinome, kaip ilgai jie būtų gyvenę, jeigu nebūtų sportavę. Del to, darant panašias išvadas, reikia būti labai atsargiems, ypač ir del to, kad statistikos apskritai dažnai būna sąmoningai ar nesąmoningai netikros.

Pirmininkas: Baigdamas susirinkimą šiltais žodžiais padėkojo pranešėjui už didelį darbą ir vargą, kurį jis yra pakėlęs padarydamas šitą pranešimą.

Bibliografija.

„Medicinos“ žurnalo Redakcija yra gavusi šiuos mediciniškus žurnalus, leidinius ir kitus spaudinius:

1. **Eesti Arst.** Tartu. 1937 m. 7, 8, 8 ir 10 nr.
2. **Latvijas Arstu žurnals.** Ryga, 1937 m. 5—6 nr.
3. **Veterinarija ir Zootechnika.** Kaunas. 1937 m. 6, 7 ir 8 nr.
4. **Farmacijos Žinios.** Kaunas. 1937 m. 6, 7 ir 8 nr.
5. **Sveikata ir Darbas.** Kaunas. 7, 8 ir 9 nr.

5b. **Gesundheit u. Wohlfahrt.** Ciurichas, 1937 m. 7, 8 ir 9 nr.

6. Клиническая Медицина, Москва. 1937 m. 5 ir 6 nr.
7. **Therapeutische Berichte.** 1937 m. 6 ir 7—8 nr.
8. **Das Hormon.** 1937 m. 16 ir 17 nr.

8b. **Motina ir vaikas.** 1937 m. 7—8 nr.

9. **Hormon-Präparate Glandole-„Roche“.** 1935. m.
10. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine.** 1937 m. 31 t. 1—2, 3—4 ir 5 nr.
11. **Münch. Med. Wochenschrift.** 1937 m. 27—41 nr.
12. **Gaceta Médica de Mexico.** 1937 m. 3 nr.
13. **Bulletin Internationale des Services de Santé des armees de terre, de mer et de l'air.** Liège. Belgique. 1937 m. 7, 8 ir 9 nr.
14. **Labor Médica.** Mexico. 1936 m. 7—12 nr. ir 1937 m. 1—5 nr. nr.
15. L. Gourwitsch. **Osé (1912—1937) Sociétés pour la Protection de la Santé des Populations Juives.** Paris. 1937. 146 psl. in 8°.

16. L. Gourwitsch. **Compte-rendu de la Direction Centrale V-e Congrès de l'Union Ose 1937.**

17. Laurence O'Shaughnessy. **Surgical treatment of cardiac ischaemia.** Atspauda iš „The Lancet" 1937 m. sausio m. 23 d. 12 psl. in 6°.

18. **Congrès International de l'insuffisance hépatique. Resumés des Rapport présentés au Congrès.** Vichy, 1937 m. IX. 16—18 d.

19. **Archives de la Société Internationale de Gastro-Entérologie.** Bruxelles. 1937 m. 2 nr. 97—192 p. in 8°.

20. **Behringwerk-Mitteilungen.** 1937. 8 nr. **Die unspezifische Immuntherapie.** Marburg. 92 p. in 8°

21. Ben Karpman: **The Individual Criminal.** Studies in the Psychogenetics of Crime. Washington, D. C. 317 p. in 8°.

22. **III Baltijos Valstybių Veterinarijos Kongreso referatai 1937 m. VIII. 12—14 d. Kaune.** Kaunas. 1937 m. 94 psl. in 8°.

23. Société des Nations. **Conference intergouvernementale des pays D'Orient sur l'hygiene rurale.** 1937. VIII.

24. Société des Nations. **Alimentation.** 1937 m. VIII. 27.

25. Société des Nations. **L'oeuvre de la Société des Nations en matière d'habitation.** 1937. VII.

26. Société des Nations. **Commission consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles.** Genève. 1937 m. VII. 30.

27. Dr. J. Kupas. **Likimas.** Kaunas. 1937 m. 92 psl. in 8°. Kaina 3 lt.

28. **V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto darbai.** Kaunas. 4 t. 1—3 kn. 559 psl.

Turinys:

I. Prof. dr. J. Žilinskas ir subasist. R. Masalskis. **Senojo geležies periodo Lietuvos gyventojų kaukolių studija** 5

II. Prof. dr. K. Buinevičius. **Klinikiniai stebėjimai.** V d... 199

III. Doc. dr. Vl. Kuzma. **Tulžies akmenligė ir jos chirurginio gydymo klausimu, remiantis V. D. Univ-to Chirurginės Klinikos 10 metų patyrimu** 307

IV. Vyr. asist. dr. B. Šiaulis. **Adrenalino veikimas ekscizuotoms žarnoms** 331

V. Gyd. Ant. Starkus. **Capillaropathia obliterans circumscripta acuta ar cepsis chronica** 357

VI. Vyr. asist. gyd. V. Girdzijauskas. **Audinių kultūros in vitro aglutininų pasigaminimo klausimu.** 383

VII. Pr. doc. dr. V. Kanauka. **Inkstų ir šlapimo takų tuberkulozė** 401

VIII. Prof. dr. T. Tumėnienė-Mingailaitė ir dr. S. Oleiskienė-Avramovaitė. **Apie meningokokinio meningito epidemiją Lietuvoje.** 435

IX. Prof. dr. J. Žilinskas. **Lietuvių protėviai.** 481

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Prancūzijoje — Antoine Béclère, 81 metų amžiaus, variolos tyrinėtojas ir radiologas. — 2) Kisingene — prof. Carl v. Dapper-Saalfels, 73 metų amžiaus. — 3) Telce — prof. dr. med. et jur. h. c. Philalethes Kuhn, buvęs higienos prof. Gisene. — 4) Miunchene — prof. dr. Arno Scheibe.

MEDICINOS AUKŠTASIS MOKSLAS.

× **Med. gyd. diplomą** yra gavę šie med. kandidatai: Janina Bortkevičiūtė, Naftalis Buchmanas, Chaimas-Jonas Datas, Olga Devenytė, Icikas Gurvičius, Antanas Kadžys, Dovydas Kvintas, Vytautas Malakauskas, Matilda Mišeikaitė ir Stasys Urbaitis.

× **Dantų gydytojo diplomą** yra gavusios šios odontologijos kandidatės: Elena Kadžytė, Viktorija Korsakaitė, Antanina Popickaitė ir Sofija Straukaitė.

× **Odontologijos kandidatėmis** pripažintos: Halina Kovšincaitė, Monika Novickaitė, Benigna Rudytė, Elena Ševelinskaitė ir Stefanija Zabielaitė.

× **Į V. D. Univ-to Medicinos fakulteto 1 semestrą** ikišiol priimta: į Medicinos skyrių — 62 stud., į odontologijos skyrių — 31 stud. ir į farmacijos skyrių — 30 studentų.

× **V. D. Univ-to Akių klinikai yra reikalingi** med. gydytojas ir med. kandidatas. Su pasiūlymais kreiptis į klinikos vedėją — prof. P. Avižonį, pateikiant savo curriculum vitae.

× **Medicinos fakulteto asistentų reikalais:**

1) Gyd. Kaz. Valteris išrinktas Patologijos instituto preparatorium.

2) Med. kand. V. Rutkauskas išrinktas Akių klinikos preparatorium.

3) Gyd. Kaz. Katilius ir gyd. Vaclovas Paprockas išrinkti V. D. Univ-to Chirurginės klinikos jaun. asistentais 3 metams.

4) Gyd. Stasys Stonkus paliktas V. D. Univ-to Chirurginės klinikos jaun. asistentu dar 3 metus.

5) Gamtininkė A. Vaškevičiūtė palikta V. D. Univ-to histologijos ir embriologijos katedros vyr. laborante dar 3 metus.

6) Med. kand. Jonas Adomavičius išrinktas į pasilaisvinusią felčerio vietą prie V. D. Univ-to Vidaus ligų klinikos.

× **Komandiruotės:** 1) Gyd. Jonas Mikužis, V. D. Univ-to akušerijos ir ginekologijos katedros jaun. asistentas, komandiruojamas 2 savaitėms į Vokiečių ginekologų kongresą ir į Fortbildungswoche nuo š. m. spalių mėn. 20 d.

2) Doc. V. Kuzma komandiruojamas 2 savaitėm į prof. Sauerbruch'o kliniką Berlyne krūtinės chirurgijos studijuoti nuo š. m. spalių mėn. 20 d.

× **Doktoranto egzaminai** leista laikyti gyd. Blažiejui Abraičiui ir gyd. M. Marcinkevičiui.

× **Gyd. J. Meškausko** disertacija medicinos daktaro laipsniui gauti „Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opų ankstybos diagnozės ir gydymo klausimu" Medicinos fakulteto pripažinta spausdintina. Fakulteto oponentais išrinkti prof. K. Buinevičius, prof. Pr. Gudavičius ir doc. V. Kuzma.

× **Med. d-ro J. Šopausko habilitacija** Medicinos fakulteto tarybos pripažinta ir jam bus leista privatdocentauti, paskaičius bandomąją paskaitą „Chemiško sužadinimo perdavimas iš nervų į vykdomąjį organą".

× **Prof. Raudonikiui** ir **prof. Al. Hagentornui** leista eiti profesoriaus pareigas dar vienerius metus.

KONGRESAI, DRAUGIJOS ĮVAIRENYBĖS.

× **3-sis tarptautinis neurologijos kongresas bus** 1939 m. Kopenhagoje. Pagrindiniai klausimai būsią šie: 1) paveldimi nervų susirgimai, 2) autonominė nervų sistema ir endokrinologija, 3) avitaminozės.

× **Tarptautiniai gydytojų tobulinamieji kursai** bus 1938 m. Berlyne. Programa plati ir įvairi. Reikalais kreiptis į: Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

× **Nuo aborto mirė.** Kočėnų (Biržų apskr.) kaimo mergina D. pas savo vaikiną K. darėsi abortą. Paskui sunkiai susirgo. Buvo nuvežta į ligoninę, bet nebesugijo. Vedama kvota.

× **Premija.** Bioterapijos laboratorija Prancūzijoje įkūrė Besredka vardo premijų fondą. Premijos bus skiriamos kasmet po 15.000 frankų už geriausį darbą iš pritaikymo gydymui vietinio imuniteto. Autorius gali būti bet kurios tautybės, bet darbas turi būti parašytas prancūziškai. Darbui nusiųsti kiekvienais metais terminas esti iki XII. 31 d. Tam tinka ir atspaudintas darbas, tik jis turi būti pasirodęs ne anksčiau kaip XII. 30 d. praeitų metų. Pirmoji premija būsianti paskirta 1938 m. birželio mėn. („Klin. Med." 1937 m. 6 nr.).

× **Rytų medicinos klinika** (Klinika vostočnoj mediciny) organizuojama NKZdravo SSSR Leningrade. Šitoje klinikoje būsiąs studijuojamas ir praktiškai pritaikomas gydymas pagal rytų (Indijos-Tibeto) mediciną. („Klin. Med." 1937 m. 6 nr.).

× **Greitoji medicinos pagalba Kaune.**

Kauno miestas ir apylinkės praturtėjo viena naudinga ir seniai laukiama įstaiga: š. m. spalių mėn. pradžioje Kaune, prie L. Raud. Kryž. ligoninės (Laisvės al. 7 nr.), įsteigtas greitosios medicinos pagalbos centras (tel. 2-00-88). Ištikus nelaimingiems atsitikimams, šitas centras dieną ir naktį aptarnaus ne tiktai Kauno m., bet ir jo apylinkes (maždaug ligi 50 km. atstumo) gyventojus, imdamas po 1 litą nuo km. Greitosios medicinos pagalbos centro vedėju paskirtas L. Raud. Kryž. ligoninės vicedir. d-ras A. Šidlauskas; centras savo žinioje turi 4 sanitarinius automobilius, 3 med. gydytojus ir kt. reikalingą personalą.

Greitosios medicinos pagalbos Kaune reikalingumas jau labai seniai buvo jaučiamas. Del jos nebuvimo ir pačių gydytojų adresu ne kartą teko skaityti laikraščiuose nemaža nemalonių priekaištų ir net rūgojimų iš pusės piliečių, greitai neprišaukusių gydytojų prie savo ligonių staigiais atsitikimais. Dabar tokie nesusipratimai nebegalės pasitaikyti.

Prieš keliolika metų grupė med. gydytojų Kaune buvo suorganizavusi naktinius budėjimus; tačiau šita naudinga institucija, nesulaukusi iš niekur atitinkamos finansinės paramos, kaikuriam laikui praėjus turėjo likviduotis. Prie Kauno m. sav-bės esanti greitoji pagalba skiriama vien tiktai ligoniams gabenti į ligonines; medicinos pagalbos namuose ji neteikia.

L. Raud. Kryž. Valdybai širdingai dėkojame už greitosios medicinos pagalbos Kaune suorganizavimą. Reikia tikėtis, kad ir apskričių miestai paseks Kauną.

„MEDICINOS" 1937 M. X. 5 D. BALANSAS.

× **„Medicinos" žurnalo 1937 m. spalių m. 5 d. balansas** šitaip atrodo: **Pajamos** (debet) **8.950 lt. 84 c.**, o **išlaidos** (credit) **14.500 lt. 20 c.** Tuo būdu šiuo metu yra **5.549 lt. 38 c. deficito.**

Iš „Medicinos" ėmėjų šiais 1937 metais gauta tiktai **4.055 lt. 10 c. prenumeratpinigių,** t. y. **mažiau negu ketvirtadalis** gautinų iš jų pajamų.

Vien už „Medicinos" spausdinimą yra nesumokėta 3.923 lt. 20 c.

„Medicinos" Redakcija-Administracija yra priversta griebtis griežtų ir energingų priemonių, kad nereikėtų sustabdyti „Medicinos" ėjimo.

„Medicinos" Red.-Adm-ja.

DARBO PAJAMŲ MOKESČIO REIKALAIS.

× **Svarbus gydytojams ir apskritai darbo pajamų mokesčio mokėtojams Vyr. Tribunolo sprendimas** gyd. S. Volperto vienoje kasacinėje byloje:

Nuorašas

BYLA NR. 70.

Sprendimas. Lietuvos Respublikos vardu 1937 m. balandžio mėn. 21 d. Vyriausias Tribunolas civil. skyrius Pirmininkas M. Čepas, Teisėjai S. Petrauskas, Č. Butkys su Prokuroro pad. K. Žalkausku ir sekretoriaus pad. Vl. Maželiu teisiamajame posėdyje, Kaune, žiūrėjo gyd. Simano Volperto teisinį skundą prieš Vyr. Darbo Pajamų Mok. Komisijos 1936 m. gruodžio mėn. 3 d. nutarimą.

Gydytojas Volpertas skundžiasi, kad jo gauti iš Šiaulių Apskrities Valdybos 3354 litai už tam tikrų ligonių gydymą be teisėto pagrindo palaikyti pajamomis iš nesavarankiško darbo ir komisija neteisėtai savo nuožiūra padidino jo pajamas iš savarankiško darbo, nenurodydama jokių konkrečių davinių tokiam darbo pajamų padidinimui. Nusiskundimas rimtas. Ta aplinkybė, kad už tam tikros ligonių kategorijos gydymą Volpertas gaudavo atlyginimą iš Apskrities Valdybos, nedaro jo darbą nesavarankišku, nes darbo pajamų mokesčio Įstatymas 3 str. 1 dalies nuostatu užsiimančiais nesavarankišku darbu laikomi tie asmens, kurie už tam tikrą atlyginimą eina tarnybą. Iš bylos nematyti, kad Volpertas būtų gydęs Apskrities Savivaldybės ligonius kaipo Savivaldybės tarnautojas. Jį galima būtų laikyti Savivaldybės tarnautoju, jei jam būtų mokama nuolatinė alga, už kurią jis turėtų gydyti visus tam tikros kategorijos ligonius: bet jei jam Savivaldybės buvo mokama už kiekvieną ligonį jo priimtą savo kabinete, tai toks darbas bus savarankiškas užsiėmimas, numatytas 3 str. 2 dalimi.

Kai dėl darbo pajamų padidinimo, tai darbo paj. mok. Įst. 74 str. 3 p. nuostatu, jei mokestiniame pareiškime ar dienyne nurodytos darbo pajamos yra mažesnės, negu buvo gautos, Komisija nustato mokesčio mokėtojo darbo pajamas, pasirėmusi mokesčių Inspektoriaus ir Komisijos narių turimomis žiniomis; tačiau Įst. reikalauja, kad Komisija savo šiuos nutarimus motyvuotų. Kadangi šie Komisijos nutarimai gali būti skundžiami Vyriausiajai Komisijai, o pastarosios nutarimai leidžiama skųsti teisėtumo atžvilgiu Vyr. Tribunolui, tai iš to seka, kad Komisija savo motyvuose turi nurodyti konkrečiai tas žinias, kuriomis parėmė savo nutarimą, kitaip mokesčio mokėtojas, nežinodamas, kuriais konkrečiais daviniais Komisija pasirėmė, negalėtų Komisijos nutarimo apskųsti, o aukštesnioji instancija negalėtų to nutarimo teisėtumo patikrinti. Šioje byloje Komisija pasitenkino tiktai savo tvirtinimu, jog Inspektoriui ir Komisijos nariams esą žinoma, kad Volpertas turėjo daugiau pajamų, negu kiek savo pareiškime ir dienyne yra nurodęs, bet konkrečiai tų tariamai turimų žinių Komisija nenurodė ir tuo užkirto skundėjui kelią pasiteisinti.

Turėdamas galvoj kas pasakyta ir remdamasis Darbo paj. mok. Įst. 82 str. Vyr. Tribunolas išklausęs Prokuroro nuomonę NUSPRENDĖ: Vyr. Darbo Paj. Mok. Komisijos 1936 m. gruodžio mėn. 3 d. nutarimą panaikinti; bylą grąžinti Komisijai iš naujo spręsti.

Taigi, mokesčių komisijos neturi teisės padidinti darbo pajamų mokesčio mokėtojo pajamų, neturėdamos konkrečių davinių (įrodymų), o vien tik remdamosi posakiu „turimomis žiniomis“.

× **Darbo pajamų mokėtojo duodamas kasacinis skundas į Vyr. Tribunolą** del Vyr. Darbo Pajamų Komisijos nutarimo gali būti paties mokėtojo surašytas ir ginamas Vyr. Tribunole.

MEDICINOS GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Medicinos gydytojo praktikos teises** yra gavę šie med. gydytojai: Levas Feldšteinas, Benediktas Jankauskas, Genrijeta Januš-

kevičienė-Macytė, Laizaris Joffė, Jokūbas Kazlauskas, Algirdas-Kazimieras Maciūnas, Jonas-Stasys Naujokaitis, Pranas Pakanavičius, Jonas Poliakauskas, Albertas Repšys, Jezekielis Savičius, Joselis Stolovas, Eduardas Šafas, Enachas Štukarevičius, Venčeslovas-Petras Tumasonis, Jonas Uldukis, Ksaveras Vencius, Kazimieras Žinevičius-Žinius.

× **Reikalingas gydytojas Onuškio miestelyje,** Trakų apskr., nuo 1937 m. lapkričio mėn. 1 d. Subsidijos 250 lt. mėnesiui. Kreiptis į Onuškio v. savivaldybę.

Pastaba: Teko sužinoti, kad ikišiol praktikavusi Onuškio miestelyje gyd. V. Steponaitienė ketina pasilikti gyventi ir praktikuoti Onuškyje kad ir negaudama subsidijos.

× **Subsidijuojamieji kaimo gydytojai** yra šiose vietose: 1) **Dauguose,** Alytaus apskr., gyd. M. Solcas (200 lt. subsidijos); 2) **N. Radviliškyje,** Biržų apskr., gyd. A. Gurčinas (250 lt.); 3) **Papilyje,** Biržų apskr., gyd. A. Švėgžda (250 lt.); 4) **Grinkiškyje,** Kėdainių apskr., gyd. T. Bružaitė (200 lt.); 5) **Pakuonyje,** Kauno apskr., gyd. R. Krumbergas (250 lt.); 6) **Andriejave,** Kretingos apskr., gyd. I. Ruškytė (250 lt.); 7) **Plateliuose,** Kretingos apskr., gyd. P. Gudas - Gudavičius (200 lt.); 8) **Balbieriškyje,** Marijampolės apskr., gyd. D. Arulianskis (200 lt.); 9) **Šilavote,** Marijampolės apskr., gyd. O. Seliokienė (250 lt.); 10) **Laižuvoje,** Mažeikių apskr., gyd. M. Levitas (200 lt.); 11) **Pušalote,** Panevėžio apskr., gyd. A. Kryževičius (200 lt.); 12) **Viešintuose,** Panevėžio apskr., gyd. O. J. Neimarkas (200 lt.); 13) **Šimkaičiuose,** Raseinių apskr., gyd. J. Volpertas (200 lt); 14) **Juodupėje,** Rokiškio apskr., gyd. A. Etnigotas (250 lt.); 15) **Leipalingyje,** Seinų apskr., gyd. J. Aronavičius (200 lt.); 16) **Kapčiamiestyje,** Seinų apskr., gyd. B. Blatas (250 lt.); 17) **Gelgaudiškyje,** Šakių apskr., gyd. A. Antanaitis (250 lt.); 18) **Kruopiuose,** Šiaulių apskr., gyd. J. Rikas (250 lt.); 19) **Eržvilkyje,** Tauragės apskr., gyd. Š. Bliumkinas (200 lt.); 20) **Varniuose,** Telšių apskr., gyd. J. Francūzevičiūtė (200 lt.); 21) **Onuškyje,** Trakų apskr., gyd. V. Steponaitienė (250 lt.); 22) **Vievyje,** Trakų apskr., gyd. J. Naruliauskis (250 lt.); 23) **Giedraičiuose,** Ukmergės apskr., gyd. J. Kačanauskienė (250 lt.); 24) **Taujėnuose,** Ukmergės apskr., gyd. P. Vaičiulis (350 lt.); 25) **Želvoje,** Ukmergės apskr., gyd. M. Neviažskis (250 lt.); 26) **Malėtuose,** Utenos apskr., gyd. M. Apeikytė (200 lt.); 27) **Bartininkuose,** Vilkaviškio apskr., gyd. D. Linskis (200 lt.); ir 28) **Vištytyje,** Vilkaviškio apskr., gyd. R. Rozengardaitė (250 lt.).

Tuo būdu iš nustatytų subsidijuojamų kaimo gydytojų vietų šiuo metu yra neužimta tik viena vieta — **Saldutiškyje,** Utenos apskr. (250 lt. mėn. subsidijos).

× **Parduodami mediciniški instrumentai:** vartota ginekologinė kėdė, specialūs chirurginiai, ginekologiniai ir kt. instrumentai. Tiktų provincijos gydytojo kabinetui. Teirautis: Kaunas, Žemaičių g. 47 nr., popietinėmis valandomis.

× **V-ojo Lietuvos gydytojų kongreso darbai** jau baigti spausdinti; jie sudaro 400 puslapių knygą.

Šitame kongrese padarytų pranešimų nėra atsiuntę tiktai 3 gydytojai (V. Didžys, A. Garmus ir Br. Stukas).

× **IV-ojo Lietuvos gydytojų kongreso darbai,** kaip atspaudos iš „Medicinos", išeina atskira 458 puslapių knyga.

× **Lietuvos Gydytojų Sąjungos pirmininkas** prof. K. Oželis yra išvykęs į Estijos Gydytojų Sąjungos kongresą.

× **Kaune praktikuojančių gydytojų sąrašas,** leidžiamas L. Gydytojų Sąjungos Valdybos, išeis prieš 1937 metams pasibaigiant.

× **Raseinių apskr. sav-bės ligoninės vedėju,** mirus gyd. Ign. Kerpauskui, nuo 1937 m. X. 1 d. paskirtas gyd. Ant. Aleknavičius, buvęs V. D. Univ-to Chirurginės klinikos asistentas.

× **Vaikų skyriaus,** naujai atidaryto prie L. Raud. Kr. ligoninės Klaipėdoje, vedėju paskirtas gyd. J. Mockevičius, buvęs V. D. Univ-to Vaikų klinikos asistentas.

× **Vokietijoje esą 55.520 patvirtintų gydytojų,** iš kurių praktikuoja 37.525 gyd. Jų tarpe yra 3.748, t. y. 10%, žydų Nürnbergo įstatymo prasme. („Elta").

× **Gydytojų ir žydų gydytojų skaičiaus augimas Lietuvoje:**

1922 m. buvo 391 gydytojas; iš jų žydų buvo 154 (39,4%);
1932 m. „ 531 „ „ „ „ „ 216 (40,6%);
1936 m. „ 672 „ „ „ „ „ 283 (42,1%).
(Revue „Osé", 1937, mai).
1937 m. „ 798 „ „ „ „ „ 341 (42,66%).

(Pagal L. med., veter. ir farm. įstaigų ir personalo sąrašą 1937 m.)

× **Byla chirurgui.** Prieš metus Londone vienam ligoniui buvusi padaryta didelė pilvo operacija. Tačiau smarkių skausmų priepuoliai pilve užeidavę ir po operacijos. Tyrimais nustatyta, kad ligonio pilve buvusi drobinė servetėlė. Ligonis patraukęs tieson jį operavusį chirurgą, reikalaudamas iš jo už pilve paliktą operacijos metu servetėlę 20.000 sv. sterl. atpildo. Tačiau ekspertų nustatyta, kad kalbamasis ligonis tyčia prarijęs servetėlę, kad gautų iš chirurgo didelį atpildą. Antros operacijos pagalba servetėlė buvusi pašalinta, o kalbamasis ligonis už melagingą chirurgo įskundimą buvęs nubaustas 1 metus kalėti.

DANTŲ GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Dantų gydytojo praktikos teises** yra gavę šie dantų gydytojai: Vera Bermonaitė, Teresė Kocėnienė, Ida Kronikaitė, Stanislava Maželytė, Elena Pakarklienė - Vnarauskaitė, Marija Paplauskaitė, Elena - Natalija Petrauskatė, Veronika Senkevičienė - Indriūnaitė, Janina Solominaitė ir Valerija - Marija Zubinienė - Lebedytė.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos Departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1937 m. rugpjūčio mėn.:** typhus abdom. 126 (8), paratyphus 24, morbili 4, scarlatina 73 (1), pertusis 48, diphtheria 145 (2), influenza 116, erysipelas 38 (1), poliomyel. et polioenceph. ac 3, enceph. letharg. pid. 4 (1), tetanus 1 (1), tuberc. 126 (5), vener. ligomis 621 (lues 129, gonorrh. 426, ulcus molle 66), varicella 9, trachoma 172, parot. epid. 4, febris puerper. 5, septicopyemia 5 (2), scabies 1.

× **Kauno Žydų Ligoninės augimas.** — Ligoninė buvo įsteigta prieš 100 su viršum metų. Iš pradžių ji turėjo tik 10—15 lovų. Ligi Didžiojo Karo ji buvo išaugusi iki 50 lovų, per karą buvo likviduota, po karo vėl atidaryta ir iki šiol išaugo į didžiulę 300 lovų ligoninę su vidurių ligų, chirurgijos, akušerijos, ginekologijos, vaikų ligų, limpamų ligų ir visokių kitų ligų skyriais. (Revue „Osé", 1937, mai).

× **Paratifo epidemija Stokholme.** Viename viešbutyje susirgę per vieną dieną 130 žmonių.

× **Augalinis nuodas nuo parkinsonizmo** atrastas vieno bulgarų gydytojo. Derbinšaire (Anglijoje) pastatyta speciali parkinsonikams klinika, kur būsiąs pritaikomas šitas nuodas nuo parkinsonizmo.

× **C- vitaminas susilpnina difteritinio nuodo veikimą.** Betyrinėjant Vengrijos klinikose išaiškinta, kad C-vitaminas, Vengrijos prof. Sentter'io atradimu, susilpninąs difteritinį nuodą. Šitą atradimą patikrinęs Budapešte šv. Vladislovo ligoninėje doc. Kaločaj ir atradęs, kad C- vitaminas veikiąs betarpiškai difteritinį nuodą. Šitas veikimas nepareinąs nuo to, kad duodama C- vitamino ir švirkščiama difteritinio nuodo kartu arba vieno ar antro diena vėliau. Organizmo prisotinimas C- vitaminu sumažinąs vietinį difteritinio nuodo veikimą. C- vitaminas toje ligoninėje sėkmingai pritaikomas ir prieš tifą.

C-vitamino daugiausia yra: pomidoruose, apelsinuose, citrinose, kopūstuose, salotose, burokuose; mažiau: vynuogėse, jeknose, bananuose; nedaug: bulvėse, obuoliuose, piene, mėsoje.

× **Atidarytas sveikatos centras Klaipėdoje** Lietuvos Raudonojo Kryžiaus.

× **Šizofrenijos cheminė diagnozė.** Frankfurto univ-to nervų ir proto ligų doc. dr. Lehmann-Facius nustatąs šizofrenijos diagnozę chemiškai iš liquor'o.

× **Naujoviškas reumato gydymas.** Anglijoje reumatas pradėtas gydyti panašiai kaip kad džiova: organizmo stiprinamosiomis priemonėmis specialiuose poilsio namuose. („Lancet" 1937, 232, 1—5, 273).

× **Pelagros epidemija Rumunijoje.** Gorisko rajone per du pavasario mėnesius buvę įregistruota 4.000 pelagros atsitikimų. Priežastis — neprinokusių kukurūzų vartojimas (žinoma, stokojant kitokių produktų) duonos ir mamaligos pavidalu. („J. Am. Med. Assoc." 1937 m., 108, 6, 488).

MEDICINIŠKASIS SĄMOJUS.

× **Klaidinga diagnozė.**

— Tu jam pasakei, kad jis netinka būti mano žentu? — paklausė gydytojas savo dukters.

— Taip, tėveli, bet jis sako, jog tai ne pirma klaidinga diagnozė, kurią tu esi nustatęs.

× **Sena metodė.**

Žinomas chemikas Emilis Fischer, kuriam pirmajam pavyko chemišku būdu pagaminti baltyminė substancija, universitete skaito paskaitą apie savo atradimą:

— Tuo būdu atsidaro plačios perspektyvos. Paprasčiausioje gyvojoje substancijoje — protoplazmoje, — kaip jums žinoma, yra svarbiausia baltyminės substancijos. Gal būt dabar atsidaro perspektyvos truputį arčiau prieiti prie senovės homunculus'o problemos. Gal būt kada nors pavyks net dirbtinis žmogus sukurti...

Tuomet užpakaliniuose suoluose pasigirdo balsas:

— O aš pasilieku prie senosios metodės.

× **Viltis.**

Pacientė: — Ar tikite, ponas daktare, meile iš pirmo pažvelgimo?

Gydytojas: — Nieku būdu; tokio atsitikimo nebūna.

Pacientė: — Tuomet aš kitą dieną užeisiu...

× **Mirė ir visai negėręs.**

Pas gydytoją atėjo sveikatos reikalais pasitarti žinomas alkoholikas.

Gydytojas: — Tamsta turi mažiau degtinės gerti. Toks didelis alkoholio vartojimas nualina tamstos jėgas ir trumpina amžių.

Ligonis: — Negaliu tikėti, ponas daktare; kiek jau metų aš geriu degtinę, o vis tik tebegyvenu; o mano jaunesnysis brolis nieko kito, be pieno, negėrė, o visai jaunas numirė.

Gydytojas: — Kiek metų turėdamas jis mirė?

Ligonis: — Vieną mėnesį.